

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 144

TRAVAIL DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE LYON
(Professeur E. VILLARD)

La paramétrite douloureuse d'origine cervicale

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Mars 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles J. BERNARD

Né le 3^e Mai 1903 à BUCAREST (Roumanie)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

**LA PARAMÉTRITE DOULOUREUSE
D'ORIGINE CERVICALE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 144

TRAVAIL DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE LYON
(Professeur E. VILLARD)

La paramétrite douloureuse d'origine cervicale

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Mars 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles J. BERNARD

Né le 3 Mai 1903 à BUCAREST (Roumanie)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVLOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	VALLAS
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMBON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VILLARD, *président* ; VORON, *assesseur* ;

BONNET et CIBERT, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Sa vie qui fut toute de devoir et de dévouement restera pour nous le plus précieux des exemples.

Son absence nous est plus douloureuse encore en ce moment. Son souvenir sera notre meilleur guide dans la vie.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA CHÈRE TANTE SUZANNE

A MON FRÈRE

A qui je dois tout, je dédie ce modeste travail, faible témoignage de profonde affection et de reconnaissance infinie.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SELIGMAN

Une profonde amitié l'unit à notre famille. Il détermina notre vocation.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre sincère affection et de notre respectueuse gratitude pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté.

A MONSIEUR L'INGÉNIEUR HALPERINE

Qui nous a toujours guidé et conseillé paternellement.

A lui va notre gratitude et notre sincère reconnaissance.

A MONSIEUR MANOLESCO

Témoignage de notre sympathie.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. VILLARD
Professeur de Clinique Gynécologique

Il nous a été donné d'entendre ses magistrales leçons, il nous a fait l'honneur de nous inspirer ce travail et d'en accepter la présidence; ce sont là autant de titres à notre vive et respectueuse gratitude, que nous sommes heureux de lui témoigner ici.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON
Professeur de Clinique Obstétricale

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter de faire partie de notre jury de thèse.

Qu'il veuille bien accepter ici nos respectueux remerciements pour cette marque d'intérêt et pour l'enseignement si précieux dont il nous a fait bénéficier durant le temps que nous avons passé dans son Service.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BONNET
Chirurgien des Hôpitaux

Nous le remercions d'avoir bien
voulu être notre juge.

Nous l'assurons de toute notre
reconnaissance et de notre très sin-
cère affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CIBERT

Il a bien voulu faire partie de
notre jury.

Nous le prions d'accepter nos
sincères remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. MONTEL

Chef de Clinique Gynécologique

Nous le remercions de nous avoir donné toutes les facilités pour accomplir ce travail. Il a bien voulu nous aider chaque jour de ses conseils éclairés empreints de la plus affectueuse bienveillance.

Qu'il veuille bien accepter avec nos sincères remerciements, l'hommage de notre plus respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR F. CONDAMIN

Chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Villefranche

Il nous a toujours très amicalement accueilli, nous prodiguant sans cesse ses conseils bienveillants et éclairés.

Qu'il trouve ici un faible témoignage de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. PIGEAUD
Moniteur de Clinique Obstétricale

Nous lui sommes profondément reconnaissant de la sympathie qu'il a bien voulu nous témoigner au cours du semestre que nous avons passé à la clinique obstétricale.

Nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer notre reconnaissance et l'assurer d'un respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAILLOT
Moniteur de Clinique Gynécologique

Son souriant accueil, son extrême obligeance resteront gravés dans notre mémoire.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BANSSILLON
Chef de Clinique Obstétricale

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUCHERAND

Ex-Chef de Clinique Obstétricale

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. LABRY

Ex-Chef de Clinique Gynécologique

A MONSIEUR LE DOCTEUR QUINCIEU

Qui nous a donné des précieux
conseils sur la gynécologie médi-
cale.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. BROCHIER

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BUCAREST

A TOUS MES MAÎTRES DES HÔPITAUX CIVILS

MEIS ET AMICIS

La Paramétrie Douleuruse d'Origine Cervicale

Introduction

Au mois de novembre 1929, quand nous avons commencé notre stage gynécologique, M. le Prof. VILLARD nous a fait le grand honneur de nous confier comme sujet de thèse : La paramétrite douloureuse d'origine cervicale.

C'est grâce aux idées précises et claires de ce Maître, qui nous a guidé dans notre tâche que nous avons pu mener à bien ce travail.

Nous avons dépouillé pour cela les observations de la clinique Gynécologique en y joignant celles recueillies dans la thèse de M. MONTEL, Chef de Clinique gynécologique (premières observations de paramétrite ayant été publiées), et profité des coupes que celui-ci a bien voulu nous communiquer pour illustrer notre travail. Nous lui en sommes particulièrement reconnaissant.

Avec les conseils et l'aide de M. MONTEL, nous nous sommes mis à l'œuvre en consultant surtout les articles allemands ayant trait à ce sujet. Ce travail a été laborieux à cause de la grande confusion existant dans ces ouvrages. A lui revient le mérite d'avoir tran-

ché le nœud gordien, mis de l'ordre dans tout ce chaos en rejetant les théories inexactes et en faisant l'analyse de celles pouvant être retenues pour l'étude pathogénique.

Dans le service de M. VILLARD, nous avons eu de plus l'occasion d'examiner des malades présentant cette affection et de suivre jour par jour leur traitement; nous avons noté quotidiennement les changements produits jusqu'au résultat obtenu et avons pu nous convaincre de l'efficacité du traitement employé à la Clinique gynécologique de Lyon.

Il nous est agréable de remercier également M. F. CONDAMIN qui nous a facilité la constitution du chapitre d'histologie des ligaments utéro-sacrés en nous permettant de reproduire les clichés qui figurent dans notre thèse.

Historique

La paramétrite est constituée par l'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal péri-utérin. Son étude est déjà fort ancienne, mais si depuis longtemps ses lésions anatomo-pathologiques sont bien décrites, ce n'est que tout récemment qu'on a été discutés et précisés son étiologie, sa pathogénie, ses symptômes cliniques qui ont permis de lui donner une individualité.

Si au milieu du XIX^e siècle MAURICEAU, PUZOS, BÉRARD, DUPUYTREN, d'autres encore en France comme GRISOLLE, VALLEIX, NONAT parlent déjà de la paramétrite et la localisent bien dans son siège au niveau du tissu cellulaire pelvien, c'est à VIRCHOW, en 1866, que revient le mérite d'une description précise et classique qui définit nettement le terme de paramétrite. « La paramétrite, dit-il, est un état d'inflammation du tissu conjonctif qui entoure la voûte vaginale et le col ainsi que des couches tissulaires qui se trouvent dans la région des ligaments larges, des ligaments utéro-sacrés. »

Il y avait donc là une précision exacte du siège anatomique de la paramétrite que beaucoup d'auteurs ensuite semblent avoir oubliée confondant souvent

paramétrite, lésion du tissu cellulaire et périmétrite, lésion intra-péritonéale.

SCHULTZE parle longuement de la paramétrite postérieure chronique et insiste surtout sur son étiologie, signalant l'origine par endométrite gonococcique ou puerpérale, mais en développant longuement les origines mécaniques qu'il considère comme les plus fréquentes : l'accumulation des matières fécales dans le rectum, tiraillements des ligaments utéro-sacrés, le traumatisme du coït, sont parmi les causes qu'il considère comme les plus habituelles.

Il insiste encore sur la rétraction des ligaments utéro-sacrés, cause fréquente des antéflexions utérines exagérées ou même des rétroversions.

MARTIN, de Berlin, en 1889, dans son traité clinique des maladies des femmes, parle lui aussi de la rétraction nodulaire des ligaments utéro-sacrés, cause des déviations utérines, mais déjà dans son esprit semble s'établir une confusion entre la paramétrite et la périmétrite.

W.-A. FREUND, en 1885, précise l'anatomie pathologique des lésions de la paramétrite postérieure. Il décrit surtout les inflammations aiguës, beaucoup plus brièvement les inflammations chroniques, mais lui aussi unit les lésions sous-péritonéales et les lésions intra-péritonéales.

A la suite de ces divers auteurs, beaucoup d'autres ont parlé de la paramétrite : BROESE, MUELLER, FRAENKEL, GRAEFE; tous sauf GRAEFE insistent davantage sur les causes mécaniques, sur la stase intestinale chronique en particulier comme étiologie primordiale de la

paramétrite du tissu cellulaire, et très imprécises sont les limites entre la paramétrite du tissu cellulaire et la périmétrite péritonéale.

Plus récemment, OPITZ, BROESE, LOUROS en 1922-23, ont repris la question mais sont loin d'avoir apporté des clartés nouvelles, OPITZ en particulier revient aux vieilles théories de SCHULTZE, écarte dans la plupart des cas l'origine inflammatoire de la paramétrite pour la chercher dans un simple état spasmodique des fibres musculaires des ligaments utéro-sacrés. Il prétend que ces spasmes sont causés par un état de surexcitabilité des fibres musculaires lisses, ce qui est une explication bien imprécise.

Après lui, RUBESKA, en 1925, reprend cette théorie et donne comme cause de ces états spasmodiques, une anomalie du système nerveux végétatif.

Dernièrement KEHRER (1929) insiste sur la masturbation et le coït avec des préservatifs comme origine de la paramétrite, ce qui a, du moins, le mérite d'être original.

En France, comme le disait M. le Professeur VILLARD dans un article récent, en dehors des articles de CONDAMIN, on est frappé du silence des gynécologues français sur la paramétrite, celle-ci n'étant étudiée que comme le reliquat des grandes paramétrites infectieuses.

Mais encore pourrait-on reprocher à M. CONDAMIN dans ses nombreux articles, la même tendance à confondre sous le nom de douglassite, les lésions à la fois intra et sous-péritonéales.

Quand à ALQUIER dont les travaux sur la cellulite

sont bien connus, il admet à son origine soit des causes locales infectieuses, soit des causes générales, mais son étude ne porte pas particulièrement, comme nous l'avons en vue ici, sur les lésions du tissu cellulaire pelvien.

En Amérique, STURMDORF par contre, qui a bien étudié les lésions du col utérin, col qu'il dénommé dans une expression imagée « amygdale pelvienne » parle de façon plus précise de la paramétrite et des processus chroniques des ligaments utéro-sacrés.

Pathogénie et Etiologie

Pathogénie

L'étude pathogénique de la paramétrite postérieure est fort complexe étant donné les confusions multiples des divers auteurs sur l'anatomie pathologique et l'étiologie des lésions. On a englobé en effet sous ce nom de paramétrite des lésions fort diverses.

Si l'on veut tirer quelque clarté des nombreux travaux concernant la paramétrite, il est possible de grouper sous *quatre chefs différents* les théories pathogéniques et par là même l'étiologie de l'affection :

1° Certains auteurs, parmi lesquels KUSTNER autrefois et plus récemment CONDAMIN en France, se sont faits les défenseurs de l'origine péritonéale des lésions paramétritiques.

R. CONDAMIN dans une série d'études a donné le nom de douglassite à ces lésions, et il a bien insisté sur toutes les causes qui peuvent être à l'origine de ces phénomènes inflammatoires chroniques du douglas :

« Pour établir un diagnostic de douglassite, il suffira de constater une des nombreuses affections inflam-

matoires pouvant évoluer dans la cavité splanchnique en donnant lieu à une exsudation séro-infectieuse qui dans un premier temps s'accumulera dans le douglas ou le paradouglas, s'y résorbera et s'y enkystera, finira par être résorbé et, plus tardivement encore, y déterminera comme cela se passe dans toutes les séreuses, ces épaissements, ces scléroses, ces rétractions qui aboutiront à la douglassite. »

La multiplicité d'origine de cette douglassite dans les divers organes intra-abdominaux explique ainsi « ce complexe douglassopathique » avec des syndromes utérins, vésicaux, vaginaux, rectaux ou autres. Il veut rattacher à cette douglassite d'une part la paramétrite atrophicans de W.-A. FREUND et la paraproctite de MUELLER.

Il ajoute cependant « dans les annexites infectieuses il n'est pas impossible qu'une traînée lymphangitique ou une phlébite puisse déterminer une paramétrite postérieure ».

Nous ne croyons pas la chose fréquente tandis que la douglassite typique évoluant au cours d'un pyosalpinx et sous sa dépendance nous paraît fréquente. Son évolution tardive dans le sens des rétractions plastiques douloureuses est la règle, et suivant notre interprétation tout au moins c'est elle qui conditionne les algies, les salpingites, surtout quand un peu volumineuses et déplacées dans le cul-de-sac postérieur elles y provoquent des tractions sur les ligaments utéro-sacrés ou simplement quand l'utérus un peu gros agit de la même façon par l'effet de sa pesanteur.

2° D'autres auteurs, localisant les lésions paramétritiques de façon exacte dans le tissu cellulaire sous-péritonéal des ligaments utéro-sacrés et des ligaments larges, en font une *lésion inflammatoire* de ce tissu cellulaire.

GRAEFE en 1909 insiste déjà sur cette paramétrite inflammatoire et en trouve la cause la plus fréquente dans la métrite cervicale.

Nous verrons dans le cours de cette étude que cette opinion que M. le Professeur VILLARD a défendue en la précisant tant au point de vue étiologique que clinique et thérapeutique est cette origine que M. CONDAMIN admet dans certains cas mais comme peu fréquente.

M. COTTE, dans un article du *Lyon Médical* du 10 novembre 1929 sur la section des ligaments utéro-sacrés dans le traitement des plexagies hypogastriques, admet cette origine inflammatoire : « L'inflammation, dit-il, suivant la voie lymphatique provient habituellement du col. Mais celle-ci peut encore provenir du rectum... »

Mais il ajoute que « la paramétrite est le plus souvent liée à l'existence d'une inflammation du péritoine pelvien d'où le retentissement possible d'une lésion de la trompe, de l'ovaire, de l'appendice sur le paramètre. »

Il rejoint ainsi la théorie de M. CONDAMIN confondant ou unissant tout au moins deux affections différentes : la douglassite et la paramétrite.

Dans un article postérieur, il faut reconnaître que M. COTTE, contrairement à M. CONDAMIN refuse le nom de douglassite à des lésions qui sont non pas périto-

néales mais dans le tissu cellulaire sous péritonéal; mais il écrit encore « M. le Professeur CONDAMIN a le mérite de montrer que l'infection parfois lymphatique ou par voie veineuse que SCHULTZE invoquait à l'origine des paramétrites postérieures ne suffisait pas à expliquer tous les cas et que bien souvent ce processus avait le point de départ dans la séreuse péritonéale... »

Dans les cas où l'origine douglassienne des paramétrites est certaine on peut les désigner sous le nom de paramétrites d'origine douglassienne pour les opposer aux paramétrites chroniques consécutives à une lymphangite à point de départ cervical ou aux paramétrites primitives.

C'est précisément contre cette origine de la paramétrite douloureuse dans le péritoine du douglas que s'est élevé M. le Professeur VILLARD. Dans son article récent, dans la *Revue française de Gynécologie et Obstétrique*, il insiste sur les trois étages anatomiques du pelvis : viscéral, péritonéal, cellulaire, d'où peuvent naître les algies pelviennes de la femme. « Le premier, viscéral, comprend : l'appareil utéro-annexiel, ovaires, trompes, corps utérin, l'organe est ici la cause de la douleur et c'est sur lui que l'action thérapeutique devra s'exercer soit directement par l'ablation totale ou partielle, soit indirectement par intervention sur le système nerveux et sympathique. Le deuxième est constitué par le péritoine et plus spécialement par le péritoine du cul-de-sac du douglas. Celui-ci étant lésé sous forme d'exsudats inflammatoires, d'adhérences ou occupé par des lésions viscérales abaissées par

exemple salpingite basse; l'ensemble constituant la douglassite vraie.

Le troisième étage enfin, le plus inférieur répondant au tissu cellulaire sous-péritonéal des paramètres, comprend ainsi la base des ligaments larges et surtout au point de vue algie, les ligaments utéro-sacrés. »

Parlant de l'origine possible de la paramétrite douloureuse dans le péritoine, origine admise comme très fréquente par M. CONDAMIN, il ajoute : « Nous croyons cette pathogénie peu fréquente en raison de la solide barrière constituée par le péritoine. Les lésions du tissu cellulaire sous-péritonéal constituant la paramétrite vraie relèvent le plus souvent d'une origine externe fréquemment cervicale dans les formes chroniques, plus spécialement dues à l'endométrite dans les formes plus aiguës. »

3°) Avec le développement de certaines tendances modernes à rechercher la cause de certaines lésions douloureuses inexpliquées dans une lésion du système nerveux sympathique de nombreux auteurs ont voulu donner aux douleurs de la paramétrite cette origine nerveuse.

En Allemagne, OPITZ (1922) se fait le premier le défenseur de cette théorie. Il dit nettement qu'il s'agit d'une hyperexcitabilité, d'une hypertonie des fibres musculaires lisses des ligaments utéro-sacrés. Il dit que dans quelques cas inflammatoires le rôle du rectum est important. BISCHOFF (1923) crée le terme de spasmophilie génitale. Après eux RUBESKA, WARNEROS, LOUROS, insistent sur cette cause et déclarent

que dans les cas où on ne peut pas démontrer une origine inflammatoire, où on ne peut pas expliquer autrement la contracture des ligaments utéro-sacrés que par le spasme de ces ligaments.

Ils font jouer d'autre part un grand rôle dans la constitution de ce spasme à certaines actions purement mécaniques et en particulier au coïtus interruptus (KEHRER, 1929).

En France, M. COTTE se fait le défenseur de cette pathogénie. « A côté des paramétrites dont l'origine inflammatoire ne se discute pas et qui se traduisent anatomiquement et cliniquement par un épaississement inflammatoire des ligaments utéro-sacrés, il y a lieu de distinguer des états de contractures ou sclérose des ligaments utéro-sacrés qui en imposent cliniquement pour de la paramétrite postérieure ou pour de la douglassite, mais qui ne constituent pas à proprement parler une lésion inflammatoire...

Ce n'est pas la douglassite qui provoque la contracture des ligaments utéro-sacrés pas plus qu'elle n'explique la dysménorrhée, le vaginisme, la cystalgie, la frigidité. C'est parce que le plexus hypogastrique est atteint dans son fonctionnement qu'il y a la contracture des utéro-sacrés, de la dysménorrhée, de la dyspareunie et probablement aussi dans certains cas de la frigidité ou hyperexcitabilité génitale qui peut conduire certaines malades à l'onanisme... »

Il s'agit alors d'une algie du plexus hypogastrique, d'une *véritable plexalgie hypogastrique*, cette plexalgie étant souvent sous la dépendance d'un trouble de fonctionnement de l'ovaire et probablement aussi

d'autres glandes qui assurent normalement l'équilibre vaguo sympathique.

Sans compter tous les autres facteurs de coelialgies telles que les causes locales mécaniques (tractions, compressions) inflammatoires, néoplasiques, tuberculeuse, syphilis.

4° Enfin, une dernière théorie semble s'être fait jour récemment, celle où les épaissements nodulaires du tissu cellulaire du pelvis deviendrait une cellulopathie primitive, plus ou moins analogue à la rétraction de l'aponévrose palmaire ou aux cellulalgies dont le Prof. PAVIOT et son élève LAGÈSE montrent le rôle pathologique.

Si cette théorie est originale par le fait qu'elle fait jouer un rôle important dans la constitution de cette cellulopathie à des modifications du fonctionnement hépatique, elle ne fait que reprendre en la rajeunissant les anciennes théories de STAPPER et de WETTERWALD. Ce dernier en particulier avait bien insisté sur les lésions du tissu conjonctif, condition nécessaire de la plupart des névrites et des névralgies dites « sine materia ». C'est lui qui a appris à déceler les stigmates cellulitiques si fréquents chez les arthritiques des deux sexes.

Il importe aussi de rappeler que les travaux suédois depuis plus d'un siècle insistent sur la cellulite, la paniculite, la myocellulite, expression d'une même lésion mais envisagée dans des localisations différentes.

Que peut-on penser de toutes ces théories pathogéniques ?

Avec M. le Prof. VILLARD, nous pensons qu'il est possible de clarifier toutes ces confusions pathogéniques en faisant une discrimination entre des cas pathologiques qui ont un symptôme commun, la contracture des ligaments utéro-sacrés, mais qui ont une étiologie différente et qui représentent des maladies différentes.

En premier lieu, il existe indiscutablement des lésions résiduelles du cul-de-sac péritonéal du **douglas** constituant la **douglassite**, mais il y a certainement un *abus de langage* et une erreur anatomique à vouloir faire entrer sous ce nom de douglassite maladie péritonéale des lésions qui lui sont sous-jacentes dans le tissu cellulaire du paramètre.

On ne peut donc nier cette douglassite avec ses multiples origines intestinales, vésicales, utérines et annexielles sur lesquelles a insisté M. CONDAMIN, mais il faut bien réserver ce nom à des lésions de l'étagé péritonéal. C'est la localisation des lésions dans le fond du cul-de-sac péritonéal juste au-dessus des ligaments utéro-sacrés qui peuvent en imposer à l'examen clinique pour une lésion de ces ligaments. En second lieu, il existe aussi indiscutablement des lésions des ligaments utéro-sacrés caractérisées par de la contracture et de la douleur accompagnées souvent d'ailleurs de dyspareunie et qui sont véritablement une maladie du système sympathique pelvien.

Il est des cas en effet où ni au point de vue clinique, ni au point de vue anatomo-pathologique on ne trouve des lésions inflammatoires nettes à l'origine de ces contractures des ligaments utéro-sacrés. LOUROS, de Dresde, en 1927, insistait bien sur ces faits et avait pratiqué des coupes des ligaments utéro-sacrés dans ces états douloureux; il n'avait trouvé aucune lésion inflammatoire. D'autre part, c'est H. W. FREUND (1885) après VIRCHOW, qui a mis en évidence dans certains cas des lésions plus ou moins indiscutables du système sympathique. G. ROUX et d'autres anatomo-pathologistes ont insisté sur la possibilité de névrome sympathique et enfin COTTE a montré la possibilité des lésions de névrite des nerfs présacrés.

Mais en dernier essort il n'est pas discutable non plus que la *véritable paramérite* est le plus souvent d'origine inflammatoire, due à la propagation par le système lymphatique ou de proche en proche des inflammations chroniques du col au tissu cellulaire du paramètre.

C'est sur cette origine la plus fréquente de la paramérite et de son signe fonctionnel essentiel qu'est l'algie pelvienne que M. VILLARD a insisté.

De nombreux faits cliniques et histologiques viennent à l'appui de cette affirmation. Cliniquement, si l'on veut se donner la peine de rechercher par un examen attentif la présence d'une cervicite chronique dans la paramérite douloureuse avec contractures des ligaments utéro-sacrés, on trouve très souvent cette origine de cervicite chronique avec érosion ou même *ulcération véritable* (MONTEL), porte d'entrée des microbes qui ont

créé cette véritable *lymphangite* (VILLARD) du tissu cellulaire sous-péritonéal.

Au point de vue anatomo-pathologique, de nombreux auteurs : WIRCHOW, MARTIN, SCHULTZE, BROESE, W.-A. FREUND, ZIEGENSPECK, R.-V. ROSTHORN, ont insisté sur la fréquence des lésions inflammatoires constatées sur les coupes soit des ligaments utéro-sacrés, soit du tissu du paramètre.

Nous insisterons d'ailleurs sur ces lésions dans le chapitre de l'anatomie pathologique. Mais il faut reconnaître encore que même certains auteurs pour lesquels la paramétrite et la contracture des ligaments utéro-sacrés sont souvent d'origine nerveuse sympathique, avouent comme M. Cotte « il y a parfois au niveau du nerf présacré des lésions de névrite indiscutables ou bien de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques qui côtoient les filets nerveux si bien que l'on se demande s'il ne faut pas retirer d'une étiologie purement nerveuse des cas qui relèvent en réalité de l'inflammation chronique du paramètre.

Quant aux théories nouvelles dont M. le Professeur PAVIOT et M. LAGÈSE se sont faits les défenseurs et qui créent une maladie autonome du tissu cellulaire, elles dépassent nettement le cadre de ce travail qui s'est limité à la paramétrite pelvienne.

On ne voit guère comment cette paramétrite isolée, cantonnée autour de l'appareil génital si fréquemment infecté, serait le fait d'une maladie diatélique générale, et s'il est des cas où cette origine peut se discuter, ce n'est vraiment que chez des malades qui ont pour ainsi dire une lésion généralisée du tissu

cellulaire ou tout au moins des localisations très multiples para-abdominales, pelviennes, région mammaire, pré mammaire, cuir chevelu, région lombaire, membres inférieurs, le long du sciatique, etc... de « ces nodosités cellulalgiques ».

Ne serait-ce pas se torturer l'esprit que de chercher ainsi une cause générale à une affection bien localisée du tissu cellulaire dont il est si facile de retrouver à l'origine, comme dans toutes les lésions habituelles de ce tissu une infection des organes voisins et ici du col utérin d'où viennent les lymphatiques qui traversent le paramètre?

Il est d'ailleurs curieux de voir dans les travaux des auteurs qui se sont fait les défenseurs de ces anciennes théories de STAPPER et de son éminent élève WETTERWALD, que la plupart de leurs observations de cellulites pelviennes qu'ils rattachent à une maladie primitive du tissu cellulaire avec troubles vaso-moteurs surajoutés ont, à leur origine plus ou moins lointaine, une leucorrhée puerpérale ou gonococcique. Ne s'agit-il pas alors de reliquats inflammatoires du tissu cellulaire, la lésion cervicale ayant rétrocedé ?

Si donc il est possible de clarifier ainsi de façon théorique le problème de la paramétrite douloureuse en éliminant de son cadre la douglassite et les spasmes sympathiques des ligaments utéro-sacrés, il faut reconnaître que le problème au point de vue clinique et diagnostique, nous le verrons plus tard, reste souvent fort complexe.

C'est qu'en effet d'abord il est possible de trouver associées dans des cas rares des lésions de douglassite

vraie coexistantes avec des lésions proprement paramétritiques. L'infection qui a créé la métrite cervicale et par elle la paramérite ne s'est point cantonnée là mais a franchi les diverses barrières de l'arbre génital, pour créer les lésions annexielles et péritonéales dont la douglassite est le reliquat.

C'est ce mécanisme de concomitance des lésions péritonéales qui est certainement le plus souvent la cause de la coexistence de la paramérite et la douglassite.

La propagation admise par certains auteurs à travers le péritoine de haut en bas ou de bas en haut n'est certainement pas le mécanisme de cette propagation, le péritoine en effet, comme le dit M. le Professeur VILLARD, constitue une *solide barrière* entre la cavité intra-péritonéale et le tissu cellulaire sous-péritonéal du paramètre.

Telle est la conception pathogénique à laquelle nous avons abouti, d'une part par les documents que nous avons trouvé à la Clinique gynécologique de Lyon, et, d'autre part, par l'analyse des multiples travaux concernant les maladies du tissu cellulaire pelvien de la femme.

Un dernier travail du Professeur CONDAMIN : la fibro-conjonctivite (cellulite) et les processus sclérogènes du tissu conjonctif du bassin chez la femme, semble élargir encore la question puisqu'il s'attaque non pas seulement à la paramérite postérieure, mais à toutes les variétés de cellulites du bassin, s'appuyant au point de vue pathogénique sur la théorie de M. PAVIOT et de ses élèves. Il passe alors en revue diverses varié-

tés : la cellulite pelvienne de STAPFER, où s'unissent la cellulite sous-cutanée et la myocellulite de la sangle abdominale à la cellulite et à la myocellulite pelvienne, puis la fibro-conjonctivite péri-sphinctéro-vésicale, la fibro-conjonctivite de la fosse iliaque droite, la paramétrite en étoile, la paramétrite latérale, la périproctite de MUELLER (paraproctite), la paramétrite atrophique de FREUND, la paramétrite postérieure de SCHULTZE, la douglassite. Cette simple énumération montre que si la question peut apparaître comme complète elle ne s'en trouve pas clarifiée, et il nous semble que le Docteur CONDAMIN continue à entendre sous le nom de douglassite à la fois les lésions péritonéales et les lésions cellulaires sous-péritonéales.

Étiologie

Cette étude pathogénique de la paramétrite simplifie beaucoup le problème étiologique. Sa cause habituelle étant la cervicite chronique, on trouve à son origine toutes les affections qui peuvent occasionner cette métrite chronique du col. Les deux grandes causes sont donc : l'infection puerpérale et l'infection gonococcique.

La cervicite gonococcique est très fréquemment à l'origine de la paramétrite. *Point central* des infections génitales, le col qui n'est pendant l'infection aiguë

qu'une étape de celle-ci, devient ensuite un point où se cantonne, très volontiers, l'infection chronique.

On a voulu autrefois, LAROYENNE et ses élèves en particulier, enlever à la cervicite chronique son autonomie et faire de ses lésions la conséquence de l'infection sous-jacente de la cavité utérine; le col n'étant alors infecté que secondairement pour ainsi dire comme il y a de la rhinite par sinusite sus-jacente. En réalité, le col par sa muqueuse endocervicale et surtout par ses très nombreuses glandes est souvent infecté par son propre compte alors que l'infection des autres parties de l'arbre génital a rétrocedé. Ceci n'a pas qu'un intérêt théorique, car nous verrons au chapitre du traitement qu'il devient logique de s'attaquer directement à ces lésions cervicales.

L'infection puerpérale peut conditionner en dehors du gonocoque des infections chroniques du col.

Mais en dehors même de cette infection chronique puerpérale, il est un mécanisme tout particulier, fréquent, conditionnant des cervicites chroniques d'ordre puerpéral. Nous voulons parler *des déchirures du col* si fréquentes au cours de l'accouchement et dont on tient si peu de compte au point de vue thérapeutique. On laisse ainsi évoluer ces déchirures qui se réparent tant bien que mal, mais en créant très souvent des véritables ectropions de la muqueuse, ectropions qui sont la source d'infections chroniques.

Il est encore un point étiologique sur lequel il importe d'insister. C'est que, dans toutes ces métrites cervicales chroniques se constituent, avec une extrême

fréquence, des *lésions ulcératives véritables* qui augmentent et entretiennent l'infection chronique.

M. VILLARD, dans la thèse de M. MONTEL, a insisté sur ces ulcérations. Contrairement aux opinions classiques, l'ulcération véritable est *fréquente* dans la cervicite chronique et elle est un des gros facteurs de la persistance des lésions.

Nous ne voulons, certes, pas soutenir que toutes les paramétrites douloureuses sont d'origine cervicale, mais il est bien certain que c'est cette étiologie qu'il faut de beaucoup le plus souvent rechercher. On en arrive à oublier cette lésion chronique du col qui s'est trouvée rebelle à tous les traitements, et l'on préfère chercher dans des idées théoriques plus ou moins séduisantes, la cause de la paramérite et de ses douleurs.

En réalité, ce n'est qu'après avoir éliminé par un examen attentif la cervicite chronique, que l'on pourra alors se rabattre sur une des théories que nous avons exposées, et encore faudra-t-il se rappeler qu'alors même que la métrite chronique a disparu, il peut persister dans le paramètre des *reliquats* de cette inflammation.

Nous pensons que si l'on veut toujours se donner la peine de chercher avec soin dans les antécédents cette origine cervicale de la paramérite, c'est elle qu'on retrouvera presque toujours à l'origine et cette idée, nous le verrons, n'a pas qu'une simple valeur théorique puisqu'elle aboutit à une thérapeutique causale seule logique.

Anatomie pathologique

Il importe, avant d'étudier les lésions qui caractérisent la paramétrite chronique, de rappeler quelques notions anatomiques précisant les limites de ce paramètre, précisant la constitution des ligaments utéro-sacrés si fréquemment envahis par le processus infectieux chronique, précisant enfin le trajet des voies lymphatiques qui, du col, gagne les relais ganglionnaires à travers le tissu conjonctif du paramètre.

I. — Rappel anatomique

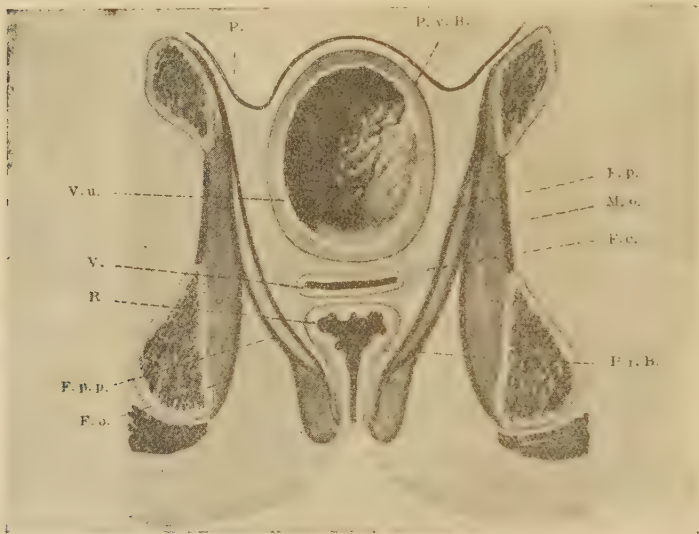
1° LIMITES DU PARAMÈTRE. — Le terme de paramètre, qui a prêté à tant de confusion, n'a jamais été défini d'une façon précise par les anatomistes. Ce sont les cliniciens qui créèrent le terme de paramétrite en l'appliquant à l'inflammation de tous les tissus cellulaires de la base du ligament large, à tout le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin. C'est à VIRCHOW, en 1866, que revient le mérite de cette description précise et classique :

« La paramétrite, dit-il, est l'état d'inflammation

du tissu conjonctif qui entoure la voûte vaginale et le col, ainsi que des couches tissulaires qui se trouvent dans la région des ligaments larges, ligaments utéro-sacrés. »

Ainsi s'est trouvée donnée une précision exacte du siège anatomique de la paramétrite que beaucoup

Schéma de l'appareil conjonctif pelvien. Coupe frontale. (D'après J. TANDLER, Anatomie in Handbuch der Frauenheilkunde für Ärzte und Studierende E. OPITZ.)



F.e. = fascia endopelvien.
F.o. = fascia obturateur.
F.p. = fasciapelvien.
F.p.p. = fasciapérinéal profond.
M.O. = membrane obturatrice.

P. = péritoine.
P.r.b. = tissu conjonctif périrectal.
P.v.B. = tissu conjonctif périvésical.
R. = rectum.
V. = Vagin.
V.u. = vessie urinaire.

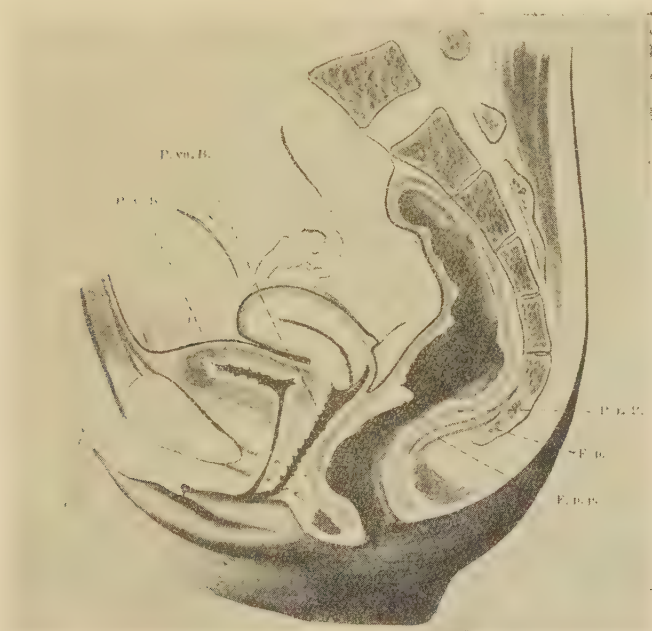
d'auteurs ensuite semblent avoir oubliée, confondant souvent paramétrite lésion du tissu cellulaire et périmétrite lésion intra-péritonéale.

Il faut reconnaître cependant qu'il n'est pas facile,

en se rapportant aux travaux anatomiques classiques, de fixer de façon absolument exacte à quoi correspond le paramètre.

C'est bien une lésion du tissu cellulaire sous-péritonéal, et c'est là le seul point très précis, mais ce paramètre comprend-il tout le tissu cellulaire de l'es-

Schéma de l'appareil conjonctif pelvien. Coupe médiane. (D'après J. TANDLER...)



F.p. = fascia pelvien.
F.p.p. = fascia périnéal profond.
P.r.B. = tissu conjonctif périrectal.

P.va.B. = tissu conjonctif périvaginal.
P.v.B. = tissu conjonctif périvésical.

pace pelvi-rectal supérieur de Richet ou bien n'est-ce qu'une portion de ce tissu cellulaire, celle qui correspond à la base du ligament large.

Les auteurs allemands, qui ont créé le terme de

parametrium, paraissent lui donner sa valeur la plus extensive ; « le parametrium entoure la moitié inférieure de l'utérus et embrasse, en avant, la vessie et, en arrière, le rectum », dit par exemple LUSCHA.

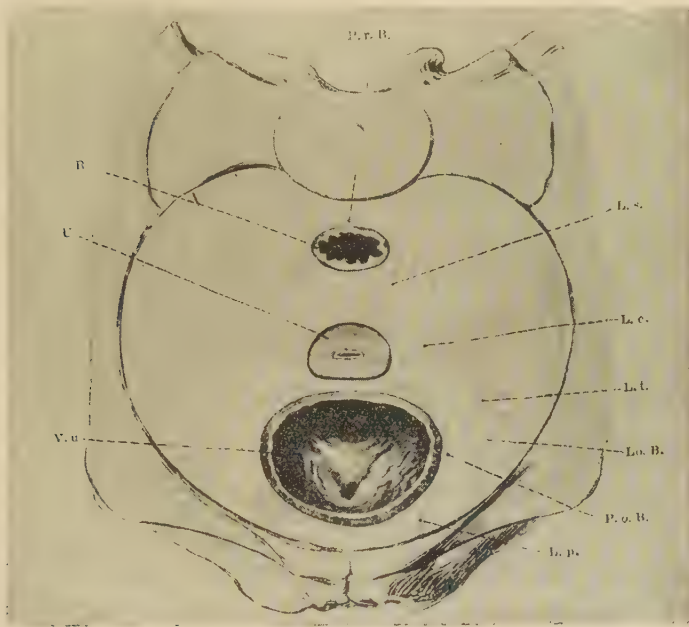
Les auteurs français classiques (POIRIER, TESTUT) semblent plus volontiers donner à ce terme son sens restrictif et faire du paramètre la partie du tissu cellulaire sous-péritonéal correspondant à la base du ligament large. On connaît la description classique qui divise l'espace sous-péritonéal en différentes loges, grâce à la condensation de ce tissu cellulaire autour des branches viscérales de l'hypogastrique. « L'espace pré-rectal et l'espace rétro-vésical, qui représentent deux de ces loges, ont à peu près disparu chez l'homme, mais ils persistent chez la femme et forment chez elle l'espace où se trouve logé le col de l'utérus, ainsi que la base du ligament large, parametrium », écrit TESTUT in TESTUT-JACOB.

POIRIER, dans la description du ligament large, divise celui-ci en deux portions, une antérieure et supérieure sus-jacente aux ailerons antérieurs et postérieurs, c'est le mésosalpynx ; une portion postérieure inférieure sous-jacente aux mêmes ailerons, c'est le *mesometrium*. « Entre les deux feuillets qui s'écartent en descendant, s'engage une couche de tissu cellulaire plus ou moins condensée, dépendant du tissu cellulaire pelvien de la gaine hypogastrique : c'est le parametrium de VIRCHOW qui se porte jusqu'au col entourant sa portion supra-vaginale, s'étendant sur les bords latéraux, accompagnant les vaisseaux jusqu'aux origines des annexes. »

Lequel de ces deux sens, restrictif ou extensif du terme paramètre, faut-il accepter ?

Anatomiquement, il est certain qu'il désigne avant tout la portion du tissu cellulaire qui répond à la base du ligament large du tissu cellulaire qui en-

Schéma de l'appareil conjonctif pelvier. Coupe horizontale. (D'après J. TANDLER...)



P.r.B. = tissu conjonctif péirectal.
R. = rectum.
U. = utérus.
V.u. = vessie urinaire.
L.s. = ligaments utéro-sacrés.

L.c. = ligaments larges (cardinaux).
L.t. = ligaments ronds.
L.o.B. = tissu conjonctif lâche.
P.o.B. = tissu conjonctif périvésical
L.p. = ligaments pubovésicaux.

tourne le col et la voûte vaginale. Mais il est non moins certain que, cliniquement, il y a intérêt à étendre le terme de paramètre au tissu cellulaire péri-vésical et

surtout au tissu cellulaire péri-rectal qui se condense en particulier autour des deux ligaments utéro-sacrés; il y a entre tous ces points une communication directe par contiguïté, communication qui est aussi à la fois lymphatique et vasculaire sanguine.

Dans tout le cours de cette étude, nous verrons combien est essentiel le retentissement des infections chroniques du tissu cellulaire qui entoure le col jusqu'à ses deux lames que représentent les ligaments utéro-sacrés. La rétraction de ceux-ci sera un des signes cliniques capitaux de la paramétrite chronique.

2° CONSTITUTION ANATOMIQUE DU PARAMÈTRE ET DES LIGAMENTS UTÉRO-SACRÉS. — Le tissu, qui constitue le paramètre, a tous les caractères d'un tissu conjonctif englobant des lobules graisseux abondants. Le tissu cellulo-fibreux est renforcé par des fibres musculaires lisses émanées de l'utérus. Cette condensation de tissu cellulo-fibreux abondant et des fibres musculaires lisses est le caractère essentiel du paramètre qui l'oppose tout à fait à la partie supérieure du ligament large. Dans ce tissu cellulaire lâche cheminent des nerfs, des vaisseaux artério-veineux et lymphatiques très abondants. Nous verrons plus tard l'importance particulière des vaisseaux lymphatiques dans la propagation et la constitution des lésions inflammatoires chroniques de la paramétrite.

Les ligaments utéro-sacrés. — Les faisceaux conjonctifs musculaires lisses naissent de la face posté-

rieure du col de l'utérus, près de ses bords latéraux, et au voisinage immédiat de l'isthme se dirigeant en haut et en arrière, contournent les faces latérales du rectum et se terminent sur la face antérieure du sacrum. Ils soulèvent le péritoine en deux replis courbes concaves en dedans qui limitent latéralement le cul-de-sac de douglas. Ces ligaments contiennent encore dans leur épaisseur, mélangé aux fibres musculaires lisses, le plexus nerveux hypogastrique qui, en réalité, constitue de chaque côté la trame vraiment résistante du ligament. Dans leur ensemble, les deux ligaments dessinent un fer à cheval dont la concavité postérieure embrasse la saillie du rectum.

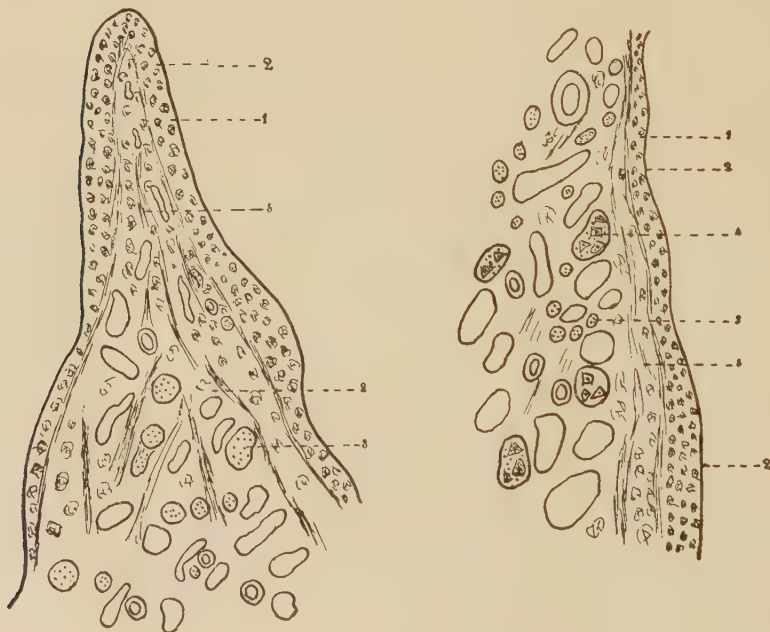
LATARJET et Philippe ROCHET ont bien insisté sur la disposition de ces ligaments.

A peine marqués sur la ligne médiane où ils s'insèrent au niveau de l'isthme utérin, en déterminant un très léger soulèvement péritonéal, ils ne tardent pas à accentuer ce repli péritonéal pour présenter à la partie moyenne leur structure typique. Au-dessous du péritoine, les fibres élastiques et musculaires lisses constituent leur charpente supérieure, leur base s'est élargie et renferme de nombreux nerfs qui forment leurs parties résistantes. Ces ligaments présentent des variations considérables, tantôt ils sont bien visibles, déterminant un repli péritonéal net, tantôt ils offrent un angle très aigu, tantôt le péritoine est à peine soulevé de quelques fibres musculaires élastiques recouvrant presque directement la trame de la base.

Ligaments utéro-sacrés. (D'après F. CUNDAVIN : Recherches d'histologie topographique sur les ligaments utérins et leurs formations nerveuses).



Reconstruction par coupes successives (C, 16 à 19) du ligament utéro-sacré.
1, péritoine; 2, ligaments utéro-sacrés; 3, nerfs, 4, ganglion sympathique;
5, fibres musculaires et élastiques du ligament utéro-sacré; 6, fibres musculaires utérines; 7, paroi vaginale.



C. 19



Ligament utéro-sacré : deux types extrêmes. Très accentué et à peine marqué.

Les coupes que nous reproduisons et que nous devons à l'obligeance de M. François CONDAMIN, montrent bien toutes ces variations.

Ces fibres élastiques et musculaires des ligaments utéro-sacrés ne semblent pas avoir une résistance suffisante pour jouer un rôle capital dans la statique utérine ; elles n'ont qu'un rôle de soutien, de protection des gros filets nerveux dans les mouvements de l'utérus. La présence des nerfs du plexus hypogastrique, comme éléments essentiels de la constitution des ligaments utéro-sacrés, explique l'importance des douleurs, des névralgies pelviennes consécutives à l'irritation de ces nerfs par les processus infectieux de la paramétrite chronique.

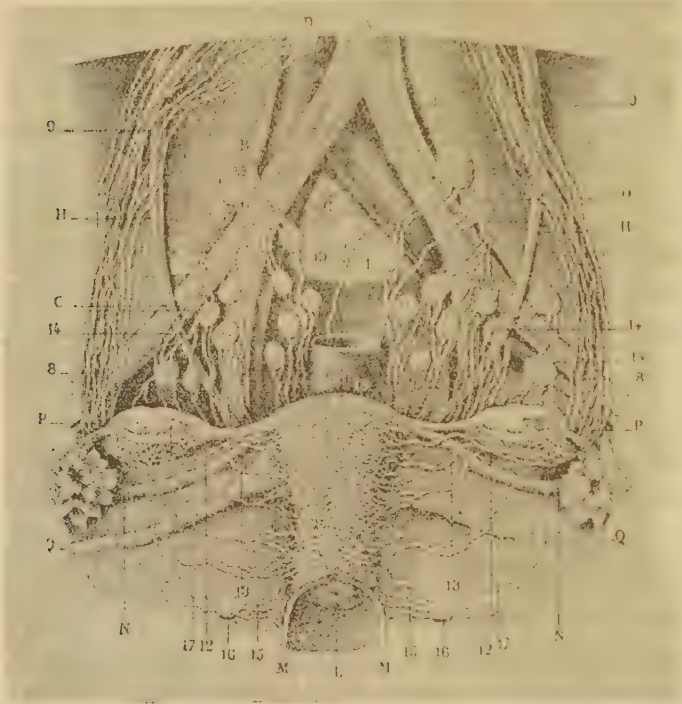
3° LES LYMPHATIQUES DU COL. — Un dernier point anatomique est particulièrement important avant l'étude des lésions de cette paramétrite : c'est la présence de nombreux lymphatiques venus du col utérin dans le tissu cellulaire du paramètre et par lequel se font les propagations de l'infection.

M. VILLARD a insisté particulièrement sur leur rôle : une infection chronique du col crée à leur niveau de la lymphangite, comme il s'en crée au niveau des membres après toute plaie infectée.

Nous empruntons à POIRIER sa description classique des lymphatiques du col : « Ils se collectent en deux ou trois troncs, qui émergent des bords latéraux de la portion sus-vaginale du col, accompagnant les

artères et les veines utérines dans leurs gaines, passent sur l'uretère et s'abouchent dans les ganglions

Vaisseaux lymphatiques de l'appareil génital intra-pelvien. D'après SAPPEY, in
TESSELI JACOW.



A, aorte; B, artère iliaque primitive; C, c. artères iliaques externe et interne; D, veine cave inférieure; G, veine iliaque primitive; H, urètre; I, rectum; K, utérus; L, col de l'utérus; M, coupe du vagin; N, oviducte; P, ovaire; Q, ligament rond.

7, plexus sus-ovaire; 8, 9, troncs lymphatiques émanés de l'ovaire au voisinage des vaisseaux utéro-ovariens; 11, gangliens juxta-aortiques; 12, vaisseaux lymphatiques, nés de la base de l'utérus et se rendant aux troncs émanés de l'ovaire; 13, troncs émanés des faces et des bords du corps utérin, avec 14, leurs ganglions; 15, lymphatiques du col et de la partie supérieure du vagin, avec 16, leurs ganglions; 17, troncs qui leur font suite; 18, lymphatiques de la face postérieure du col; 19 et 20, ganglions auxquels se rendent des troncs lymphatiques nés de l'isthme et du col.

hypogastriques. Ceux-ci, compris dans l'angle formé par les vaisseaux iliaques internes et externes, sont

au nombre de cinq à six et se subdivisent en deux groupes, l'un supérieur placé au sommet même de l'angle près du détroit supérieur du bassin ; l'autre inférieur, situé plus bas, sur et au-dessus du tronc antérieur de l'artère hypogastrique. C'est dans le groupe supérieur que se jettent les lymphatiques du col. Voilà un fait constant et admis d'un commun accord ».

TESTUT-JACOB complète l'anatomie topographique des lymphatiques du col : « Le groupe inférieur, le plus important des trois, collecte les lymphatiques du col utérin et du dôme du vagin. La plupart des troncs lymphatiques, qui le constituent, cheminent avec les vaisseaux utérins et l'uretère dans le tissu cellulaire de la base du ligament large. Ils se terminent :

1° Dans le groupe le plus élevé des ganglions iliaques externes : sur leur trajet, tout près du col, au point où ils croisent l'uretère on rencontre parfois (deux fois sur une), d'après BRUHNS, un petit ganglion signalé pour la première fois par Lucas CHAMPIONNIÈRE.

2° Dans un (parfois il y en a deux) ganglion hypogastrique accolé au versant externe de l'artère ombilicale, en avant de l'origine de l'artère utérine, au contact même assez souvent du nerf obturateur sur lequel il repose directement, ce ganglion représente, d'après LEVEUF et GODARD (1924) le ganglion principal de la voie lymphatique appelée également, par eux, voie lymphatique principale du col et du corps de l'utérus. En outre, quelques troncs se dirigent en arrière, croi-

sent les faces latérales du rectum et, remontant dans la cavité sacrée, viennent se jeter dans les ganglions hypogastriques qui entourent l'artère sacrée latérale et aussi dans les ganglions les plus élevés et les plus internes du groupe iliaque primitif (BRUHNS, POIRIER, CUNÉO). »

II. — Anatomie pathologique de la paramérite chronique

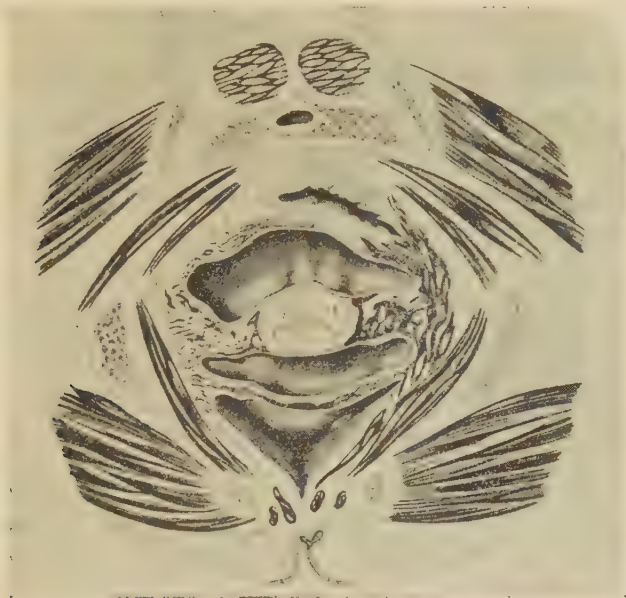
Il est difficile de donner une description très précise des lésions inflammatoires chroniques du tissu cellulaire pelvien en raison du peu de constatations histologiques qu'il a été possible de faire. Autant il est facile d'avoir des coupes montrant les variétés histologiques de la métrite cervicale chronique, autant il est difficile d'en avoir sur la paramérite proprement dite.

La description des formes aiguës suppurées de la cellulite pelvienne est bien connue ; sur celle de la paramérite chronique, c'est à peine si l'on trouve chez de rares auteurs, comme W. A. FREUND, V. ROSTHORN, ZIEGENSPECK, OPITZ, quelques précisions.

FREUND écrit : « Le siège de l'infection chronique du tissu cellulaire se trouve surtout dans la zone d'épaississement des ligaments larges. Dans ces parties claires, des bandes cicatricielles sont comme interposées. Ces masses cicatricielles sont le plus fortement développées quand il existe une lacération du

col. Le processus se développe quelquefois de l'une à l'autre partie du col correspondant au tissu pré-cervical ou rétro-cervical.

Paramétrite chronique atrophique (avec paraproctite). Coupe horizontale un peu au-dessus de l'orifice interne du col. (*In* OPITZ.)



Les organes pelviens, le tissu conjonctif pelvien, montrent tous les deux un haut degré d'atrophie cicatricielle, de l'irrégularité, de la déformation surtout de l'utérus et du rectum.

La cavité utérine rétrécie est partagée en plusieurs parties par les synéchies des parois muqueuses; le parenchyme de l'utérus et des paramètres (spécialement du latéral gauche) est rendu irrégulier par les veines extasiées, thrombosées.

Les masses cicatricielles ont spécialement fortement emprisonné la circonférence gauche du rectum et de ses parois.

L'uretère gauche est très étroitement entouré par des masses cicatricielles; en avant, les traînées cicatricielles se propagent jusqu'au niveau de la pointe vésicale gauche.

(Modèle VII, de R. FREUND et de V. ROSTHORN. Le modèle a été travaillé d'après une préparation qui se trouve dans la collection de la Clinique gynécologique de Strasbourg. Clichés et description se trouvent dans la Clinique gynécologique de 1885 de W.-A. FREUND, p. 247-8, et dans l'atlas correspondant. Tableaux XIV, fig. III, et tableau XV, fig. I.)

Ce processus est très prononcé à la partie postérieure de la périphérie du col utérin où il prend la

forme d'un anneau... L'inflammation chronique circonscrite se trouve aussi dans le voisinage du rectum...

Rétraction, ratatinement et fixation des organes pelviens atteints sont des signes très importants de la paramétrite chronique ».

Il ressort donc de ces descriptions que les lésions inflammatoires chroniques du paramètre peuvent revêtir soit une forme étendue entourant le col utérin, le rectum et la vessie, et une forme circonscrite en pourtour du col utérin. Aux lésions proprement dites du tissu cellulaire qui aboutissent, soit à l'œdème d'aspect parfois gélatineux (*ichorrhémie de Freund*), soit à la constitution d'un tissu scléreux parfois d'aspect lardacé, s'ajoutent très souvent des lésions, soit d'œdème, soit surtout du *système lymphatique*.

Tous les auteurs qui se sont occupés de la paramétrite chronique ont insisté sur cette participation des lymphatiques ; il se passe là un phénomène de lymphangite analogue à la lymphangite des membres consécutive à une plaie.

On peut constater que l'atteinte lymphatique est bien connue dans les formes suppurées, comme nous en reproduisons un exemple. Il n'existe évidemment pas de pus dans les formes chroniques, mais toutes les lésions habituelles de la lymphangite chronique : altération des parois, épaissement, thrombose. C'est par l'intermédiaire de cette lymphangite que l'inflammation chronique partie du col utérin se propage au tissu cellulaire par étapes suc-

cessives pouvant aller même jusqu'aux ganglions iliaques.

M. VILLARD insiste tout particulièrement, nous l'a-

Tableau histologique et histo-pathologique pour la description des changements dans les vaisseaux lymphatiques des ligaments larges dans la lymphangite puerpérale. (In OPITZ.)



Les vaisseaux lymphatiques sont énormément dilatés et remplis de pus, le tissu conjonctif qui les entoure est infiltré dans ses petites cellules (après les préparations de la collection de l'Institut anatomo-pathologique de Prague). Faible grossissement.

M = fibres musculaires lisses du ligament large, coupées transversalement.

V = veine.

L = vaisseau lymphatique ectasié rempli de pus.

vous dit, sur ce mécanisme de lymphangite qui n'a pas de raison de ne pas exister ici comme au niveau des membres.

Il importe aussi d'insister sur la fréquente locali-

sation et la fréquente prédominance des lésions de la paramétrite chronique au niveau des ligaments utéro-sacrés. Il se fait à ce niveau un processus analogue à celui que nous avons décrit dans le tissu cellulaire, infiltration œdémateuse, puis rétraction scléreuse. Cette prédominance des lésions sur les ligaments utéro-sacrés est telle que la tension de ces ligaments, leur rétraction douloureuse est un signe presque constant de la *paramétrite chronique d'origine cervicale*.

M. François CONDAMIN a fait des coupes en série des ligaments utéro-sacrés et a montré la fréquence des lésions vasculaires, artérielles et veineuses et même périnerveuses.

C'est, qu'en effet, il existe aussi fréquemment des lésions nerveuses et périnerveuses. Ce sont elles qui sont probablement à la base de certaines névralgies pelviennes liées à la paramétrite chronique d'origine cervicale.

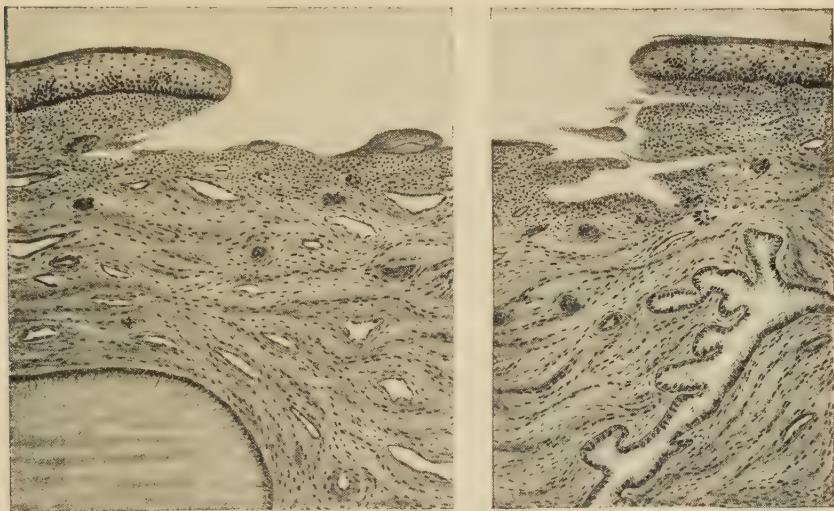
M. COTTE écrit à ce sujet : « Indépendamment des névromes sympathiques trouvés par G. Roux et d'autres anatomo-pathologistes, il y a parfois au niveau du nerf présacré des lésions de névrite indiscutables ou bien de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques qui cotoient les filets nerveux ».

Il existe donc indiscutablement des névralgies pelviennes d'origine inflammatoire et ces constatations viennent confirmer l'idée de M. VILLARD qui, avant de parler de névralgie pelvienne essentielle qui existe certainement, affirme qu'il importe au préalable d'éliminer une cervicite chronique avec para-

métrite qui serait à l'origine du syndrome névralgique.

Si, malgré tout, il reste d'assez grandes précisions histologiques sur les lésions de la paramétrite chronique, par contre des lésions causales de la cervicite

Métrite chronique inflammatoire vraie avec ses lésions typiques. (D'après M. G. MONTEL.)



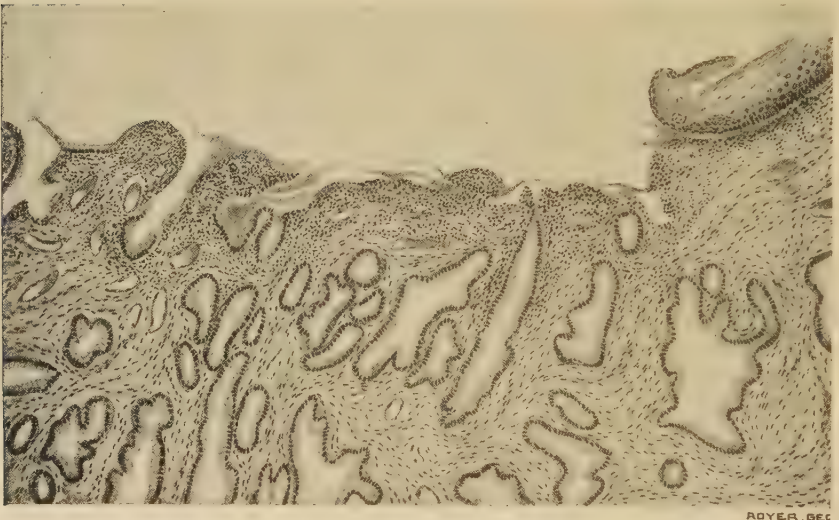
- a) Ulcération dont on voit les deux extrémités;
- b) Infiltration inflammatoire en surface;
- c) Hypervascularisation avec dilatation veineuses péri- et endoartérite;
- d) Lésions glandulaires: kystique à gauche (œuf de Naboth); hyperplasie simple à droite;
- e) Réaction fibreuse intense du chorion.

chronique sont bien connues. Nous rappellerons quelques mots des variétés histologiques de cette lésion cervicale chronique en empruntant la description et les clichés à la thèse inaugurale de M. le Docteur MONTEL, inspirée par son maître, M. le Professeur VILLARD.

La première variété est représentée par ce que l'auteur appelle la *métrite chronique inflammatoire pure*.

Tous les éléments constitutifs sont modifiés, la muqueuse est tantôt épaissie par plans, tantôt amincie, tantôt même ulcérée, donc toujours altérée. Sous cette muqueuse altérée, on trouve dans le tissu interstitiel des grosses lésions inflammatoires qui caractérisent

Pseudo-métrite hyperplasique avec ses lésions. (D'après M. G. MONTEL.)



ROYER, BEC

- a) Ulcération ouvrant la cavité glandulaire;
- b) Infiltration inflammatoire minime limitée à l'ulcération;
- c) Hyperplasie glandulaire prédominante avec hypervascularisation;
- d) Réaction fibreuse du stroma.

ce type de métrite un chorion œdématisé, infiltré de cellules inflammatoires (lymphocytes ou polynucléaires). Bien que l'élément inflammatoire domine, les glandes sont modifiées elles aussi : elles peuvent être changées dans leur forme pour donner des œufs de

Naboth, ou dans leur nombre aboutissant à une véritable hyperplasie glandulaire.

Enfin, on note souvent des lésions vasculaires : dilatation des vaisseaux par places et endartérite oblitérante.

Le deuxième type décrit par l'auteur est le type de la *pseudo-métrite hyperplasique*.

Ici ce n'est plus l'élément inflammatoire qui domine, mais l'hyperplasie glandulaire. En effet, les cellules inflammatoires ont à peu près disparu, tandis que les glandes sont augmentées en nombre et en volume d'une façon considérable. Il y a en outre une hypervascularisation accentuée : le stroma est sillonné de gros lacs vasculaires et les artères sont atteintes de lésions d'artérite oblitérante nettes. Il est logique d'expliquer ces lésions vasculaires par l'origine inflammatoire de cette hyperplasie glandulaire.

Le troisième et dernier type est la *métrite sénile*.

Lorsque la forme inflammatoire vraie évolue vers la chronicité, elle aboutit à un type spécial caractérisé par une prolifération considérable du tissu fibreux. C'est une véritable sclérose qui enserre tous les éléments environnants et finit par étouffer et faire disparaître les formations glandulaires. C'est pourquoi le terme de métrite sénile ne correspond pas exactement à la réalité. Ce n'est pas métrite sénile qu'il faudrait dire, mais bien mieux métrite atrophique des femmes âgées.

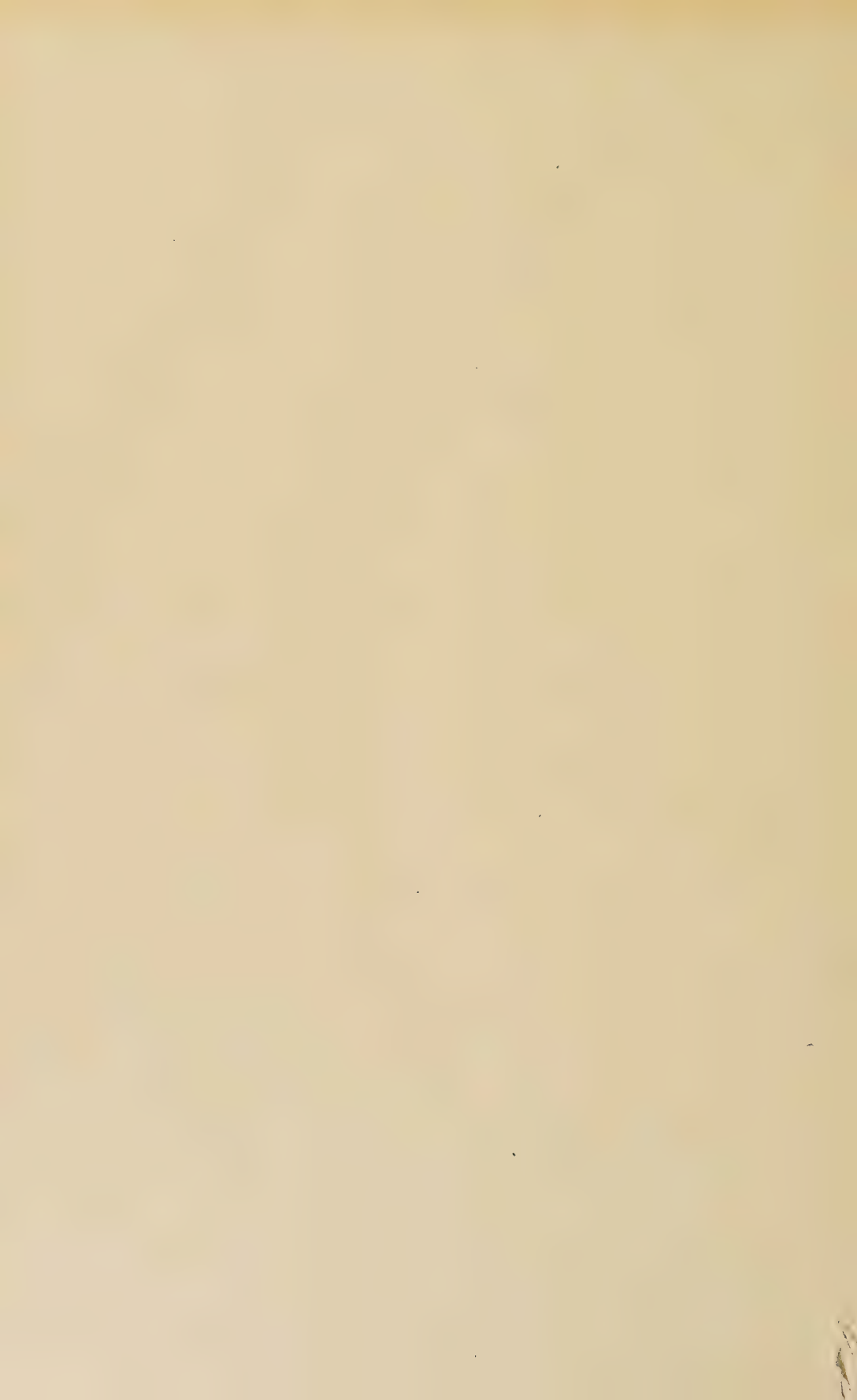
IMPORTANCE DES ULCÉRATIONS CHRONIQUES. — Toutes ces variétés de métrites ont, en général, un point commun, c'est la fréquence des lésions ulcératives vraies, c'est un point sur lequel MM. VILLARD et MONTEL ont insisté contrairement à l'opinion classique qui veut que l'ulcération vraie soit extrêmement rare et qu'il n'existe, la plupart du temps, que des ex-ulcérations superficielles. Ces ulcérations entretiennent l'infection chronique et facilitent ces phénomènes de lymphangites si fréquents dans la paramérite chronique.

Comme l'écrit M. VILLARD, dans un article récent : « Il est facile de comprendre que ces ulcérations histologiquement certaines, saignant à un attouchement même léger, puissent constituer des portes d'entrée à l'infection, qui détermineront dans les tissus pelviens et spécialement dans les ligaments utéro-sacrés en suivant les voies lymphatiques, un œdème douloureux, réalisant la symptomatologie de la paramérite douloureuse d'origine cervicale », que nous allons décrire.

S'opposant à toutes ces lésions soit du côté du col, soit du côté du paramètre, il est au contraire constant de trouver, au cours de laparotomies faites sur des malades atteintes de paramérite douloureuse d'origine cervicale, une rétroversion nécessitant l'ouverture de l'abdomen, une intégrité constante du péritoine.

« On a ainsi la confirmation que l'origine des accidents ne vient pas de l'abdomen puisque la séreuse péritonéale et les annexes sont saines. Serait-il juste

d'attribuer l'inflammation du tissu cellulaire pelvien, à une lésion péritonéale non constatable et de la refuser à une inflammation évidente d'un col directement en rapport anatomiquement avec ce tissu cellulaire? »



Etude clinique

SYMPTÔMES

La paramétrite chronique a une symptomatologie assez banale, mais dont le caractère essentiel est très souvent constitué par une disproportion entre l'intensité des phénomènes et les symptômes constatés à l'examen local.

Il s'agit toujours d'une femme jeune qui, soit à la suite d'un accouchement, soit à la suite d'épisodes gonococciques, a vu s'installer des *pertes muqueuses et purulentes* parfois très abondantes.

Mais malgré la gêne et l'inconvénient marqué de ces pertes, ce n'est la plupart du temps pas pour ce symptôme que les malades s'inquiètent mais bien plus pour la présence de *douleurs* souvent très intenses.

La *douleur* est donc le symptôme subjectif principal. Elle siège dans la région lombo-sacrée; les malades disent qu'elles souffrent des reins. Mais si l'on fait préciser avec soin le siège exact on constate que cette douleur siège plus dans la région sacrée sur la partie supérieure du sacrum et postérieure des aîles iliaques, et qu'elle s'irradie en haut vers la région lombaire.

C'est surtout une douleur d'origine mécanique, c'est-

à dire provoquée par les efforts, la marche, les secousses et les rapports sexuels. Elle est, par contre, très souvent soulagée par le repos complet ; le matin, lorsque la malade se lève, elle ne souffre pas ou peu, et ce n'est qu'après un certain temps de station debout ou de marche qu'elle commence à ressentir sa douleur lombo-sacrée souvent très vive, alourdissant la marche, parfois l'obligeant même à marcher légèrement courbée, rendant impossible ou très pénible tout travail et tout effort.

Ces algies lombo-sacrées, d'ailleurs banales dans leur siège puisqu'on les retrouve dans toutes les inflammations pelviennes et même dans la simple rétroversion, peuvent subir des exacerbations à certaines périodes physiologiques, s'exagérer en particulier dans la période des règles en raison probablement des phénomènes congestifs concomitants.

On a même signalé, mais cela est inconstant, des phénomènes de dysménorrhée douloureuse qui peuvent peut-être s'expliquer par l'action sur le col de la rétraction des ligaments utéro-sacrés.

Quant à la *dyspareunie*, elle représente un symptôme très fréquemment observé, parfois excessif, empêchant tout rapport sexuel. Il est très probable qu'il s'agit là d'un phénomène surtout mécanique, le coït déterminant une irritation intense du cul-de-sac vaginal postérieur que la tension des ligaments utéro-sacrés rend extrêmement douloureuse.

Il importe de signaler aussi que parfois la douleur, dont se plaignent les malades est pelvienne et abdominale, et retentit sur la vessie en déterminant

des difficultés pour uriner constituant ce que les Américains appellent, « irritable bladder ».

Enfin, on a même signalé, mais nos observations ne semblent pas insister sur ce point, des phénomènes douloureux du côté du rectum, avec des sensations de ténésime et épreintes, envie de pousser. En tout cas le symptôme le plus fréquent et presque constant est représenté par la *constipation*, qui d'ailleurs lui aussi est un signe très banal des inflammations pelviennes quelles qu'elles soient.

Tous ces phénomènes douloureux souvent très intenses retentissent facilement sur l'état général et sur l'état psychique des malades. Il est fréquent de voir ces douleurs altérer même le facies des malades qui se présentent avec des traits tirés, le facies anxieux redoutant les douleurs que va déterminer l'examen ; on oserait presque parler dans ces cas extrêmes d'un véritable *facies utérin*. Les *troubles digestifs* sont très fréquents, caractérisés par de l'inappétence, des digestions difficiles, quelquefois même des sensations nauséuses faciles, parfois aussi des phénomènes d'entéro-colite.

Mais surtout des *modifications psychiques* sont très fréquemment constatées :

Etat d'irritation avec sautes d'humeur continuels, tristesse et larmes sans raison, parfois même des véritables névroses d'angoisse, irritabilité du caractère, tendance aux idées noires. Ces troubles sont tels parfois qu'on a pu traiter ces malades de « psychiques », de petites névrosées, et leur donner un traitement pour ces troubles qualifiés à la légère de « nerveux ».

C'est qu'en effet, et c'est le point sur lequel nous insistons dès le début de cette étude symptomatologique, on est surpris à l'examen de voir le peu de signes locaux correspondant à des troubles subjectifs marqués. On peut alors prendre l'effet pour la cause, considérer les algies comme des algies essentielles, considérer aussi comme essentiels les phénomènes psychiques alors qu'ils ne sont que la résultante d'une lésion locale difficile à déceler comme l'est la paramétrite chronique.

L'examen local peut, en effet, pour un observateur non prévenu, paraître assez décevant. On ne trouve pas de lésions importantes, le corps utérin est de volume sensiblement normal, parfois seulement un peu gros ou légèrement sensible, il est en situation antérieure normale avec une mobilité diminuée. L'exploration des culs-de-sac ne montre *aucune lésion an-*
nexielle.

Par contre, d'emblée le toucher se révèle comme très douloureux, et l'on constate très vite que le maximum de la douleur résulte de la mobilisation du col. *Ce sont surtout les mouvements qui l'élèvent et qui le reportent en avant vers la symphyse qui sont particulièrement douloureux*, et cela parce que ce sont ces mouvements qui mettent en tension les ligaments utéro-sacrés. Quant à l'inclinaison latérale de l'utérus, qui tend la base des ligaments larges, elle peut également provoquer des sensations douloureuses, mais en général d'une façon moins vive. La douleur à la pression des culs-de-sac postérieurs ou des culs-

de-sac latéraux est moins grande que celle provoquée par la tension.

Ce toucher vaginal, fait avec beaucoup de délicatesse, montre enfin un signe que l'on peut dire presque constant dans la paramétrite, difficile à percevoir pour une main non habituée, mais que, comme dit M. le Professeur VILLARD, l'on reconnaît bien lorsqu'on l'a plusieurs fois perçu ; ce signe c'est *l'infiltration et l'épaississement des ligaments utéro-sacrés*, qui donnent au doigt, en arrière du col, la sensation de deux cordes dures et rétractées, tendues en arrière vers le sacrum. A peu près toutes nos observations signalent ce symptôme qui traduit la particulière fréquence de la localisation postérieure de l'inflammation chronique du tissu cellulaire du paramètre.

Mais si c'est la localisation la plus fréquente, elle n'est pas la seule, on peut en effet sentir aussi en avant dans la région du col vésical des petites nodosités de tissu cellulaire infiltré, comme on peut aussi en sentir latéralement, en arrière, en dehors et en dessous des ligaments utéro-sacrés. Dans ce dernier cas c'est souvent le *toucher rectal* qui permet de sentir en arrière ces nodosités donnant la sensation classique de débris de « mie de pain » dans le tissu cellulaire.

Il importe de ne jamais négliger ce toucher rectal qui seul parfois fait sentir ces lésions, qui autrement pourraient passer inaperçues et faire ainsi traiter de psychiques, de nerveuses, des malades qui ont en réalité une épine irritative réelle dans leur tissu cellulaire pelvien.

Enfin, le toucher rend compte de la lésion qui est à la base de l'infection chronique du tissu cellulaire, c'est-à-dire l'inflammation chronique du col utérin. Le col est gros, métritique, avec des lèvres saillantes ou en ectropion, avec parfois des déchirures cervicales ; sa consistance granuleuse s'associe à un léger ramollissement inflammatoire, donne au doigt une sensation veloutée qui fait pressentir l'existence d'une érosion cervicale.

Le spéculum est nécessaire pour vérifier ces lésions de *cervicite chronique* qui peuvent d'ailleurs échapper au toucher d'un observateur non averti.

Ces lésions de cervicite se présentent avec leurs caractères habituels : gros col vascularisé, glaires muco-purulentes, ulcération cervicale plus ou moins étendue. « Cette ulcération, d'aspect granuleux, saigne souvent au contact d'un tampon, témoignant ainsi qu'il ne s'agit non d'une simple desquamation épithéliale, mais d'une ulcération vraie ».

Nous pouvons donc, comme l'écrit M. VILLARD, résumer en quelques mots la paramétrite douloureuse d'origine cervicale : « Femme jeune présentant des pertes muco-purulentes, s'accompagnant de douleurs lombo-sacrées provoquées par la station debout, la marche, les efforts et les rapports sexuels. Au toucher, simple tension douloureuse du paramètre et de l'appareil ligamentaire avec prédominance au niveau des ligaments utéro-sacrés. Au spéculum, constatation d'une cervicite nette avec ulcération vraie des lèvres du col ».

DIAGNOSTIC

Le *diagnostic* de la paramétrite chronique d'origine cervicale n'est pas toujours facile en raison du fait sur lequel nous avons insisté qu'il existe une disproportion entre les phénomènes subjectifs et les constatations locales.

On peut donc, et c'est pour ainsi dire la première erreur commise, prendre de telles malades pour des psychiques, des névrosées et s'égarer ainsi dans un traitement illogique.

On peut aussi qualifier d'essentielles ou de sympathiques des algies pelviennes dont la cause est en réalité dans ce processus infectieux chronique du paramètre dû à une cervicite chronique. Il est certain que le groupe des algies pelviennes demande à être démembré dans son étiologie. Nous pensons qu'il faudra de plus en plus tenir compte de la cervicite chronique et de la paramétrite dans l'étiologie de ces algies ; ceci nous le verrons, conduit d'ailleurs à un traitement logique efficace.

Sans vouloir entrer dans une discussion complète d'un sujet aussi complexe, que celui des algies pelviennes de la femme, *nous pensons avec M. VILLARD que ces algies peuvent être dues à quatre grandes causes, mais d'une importance pratique inégale :*

1° Il y a des algies dues à des *lésions péritonéales résiduelles* en particulier, soit annexielles, soit du cul-de-sac péritonéal du Douglas. Leur diagnostic sera basé sur les constatations au toucher d'une petite lésion annexielle adhérente et douloureuse plaquée con-

tre la paroi pelvienne, prolabée dans le Douglas ou par la constatation de ce voile parfois difficile à percevoir que représentent des adhérences persistantes du péritoine pelvien, en particulier du Douglas.

Ces lésions intra-péritonéales, causes des douleurs, peuvent d'ailleurs avoir une origine non inflammatoire : on connaît les douleurs intenses des petits adénomes des cornes ou les douleurs dues à l'ovarite scléro-kystique, ou à la rétroversion, mais il n'est pas dans le cadre de ce travail d'insister sur pareilles lésions.

2° Il y a des algies pelviennes où l'examen local attentif par le toucher rectal et vaginal, par l'exploration au spéculum, ne révèle aucune lésion locale appréciable. C'est là que peut être théoriquement, en raison du rôle sur la douleur que l'on reconnaît au système sympathique, certains auteurs ont parlé *d'algies pelviennes d'origine sympathique*. Faire la preuve de cette origine sympathique est souvent très difficile et le fait que la section d'un nerf sympathique, comme le nerf pré-sacré, fait disparaître ces douleurs, ne peut avoir de valeur que si elle est absolument isolée et non pas associée à une fixation utérine ou même à une appendicectomie.

On ne peut nier la réalité des névralgies pelviennes d'origine sympathique, certaines constatations histologiques prouvent leur réalité, mais elles soulèveront encore bien des discussions.

3° Il existe peut-être des algies pelviennes qui ne sont qu'une localisation d'un processus général du type

diathésique que M. PAVIOT et ses élèves décrivent sous le nom de *cellulalgie*. On ne pourrait admettre une telle origine à des névralgies pelviennes que si elles s'accompagnaient de phénomènes cellulalgiques dans d'autres régions, et peut-être existe-t-il de ces malades qui souffrent, non seulement dans leur tissu cellulaire, mais encore dans leur tissu cellulaire de la paroi abdominale, du tissu cellulaire des membres, du cuir chevelu, etc...

Il est certain aussi qu'il s'agit là d'un processus dont la réalité soulèvera encore de nombreuses discussions.

4° Enfin et surtout, il existe des algies pelviennes liées à la paramérite ayant son origine dans la cervicite chronique.

Nous pensons avec M. le Professeur VILLARD, et c'est le but essentiel de notre thèse, que c'est là en pratique, une des causes les plus fréquentes et que lorsqu'aucune cause intra-péritonéale n'est trouvée, en particulier aucune cause de présence anormale dans le Douglas d'une annexe ou de l'utérus, il faut penser avant tout à rechercher comme cause de l'algie pelvienne, une cervicite chronique mal ou insuffisamment traitée, ayant déterminé une infection chronique du paramètre. Et ce n'est que lorsque l'examen attentif n'aura révélé ni lésions chroniques du col, ni tension des ligaments utéro-sacrés, ni douleur à la mobilité du col, ni noyau de cellulite, que l'on pourra, suivant des tendances personnelles, s'orienter vers une origine ou sympathique ou même cellulalgique.

Traitement

La notion étiologique qui lie la paramétrite chronique à la cervicite chronique n'a pas qu'un simple intérêt pathogénique, elle a avant tout un intérêt pratique thérapeutique.

La paramétrite n'est que l'effet de la lésion infectieuse chronique du col, c'est donc à cette dernière qu'il faudra s'attaquer pour faire ainsi un traitement causal, le seul logique.

« Trop souvent, en effet, comme l'a écrit M. VILLARD, les malades sont soignées par une thérapeutique s'adressant directement aux régions douloureuses alors que le col non sensible est négligé. Que de fois nous avons vu, ajoute-t-il, des femmes traitées depuis de longs mois par des tamponnements, des massages gynécologiques, de la diathermie ou une médication opothérapique, alors que rien de sérieux n'était fait pour le col malade !! Une amélioration passagère suivait ces diverses thérapeutiques, mais très rapidement les malades souffraient de nouveau. Tout se passe en effet comme si, dans une adénopathie subaiguë consécutive à une ulcération chronique voisine, on se contentait de traiter l'adénopathie en négligeant la porte d'entrée de l'infection ».

Est-ce à dire que le traitement s'adressera uniquement à la cervicite ? Non point, car il est évident qu'il faudra traiter en même temps les lésions du tissu cellulaire, d'autant plus que parfois après même la guérison du col, il pourra persister des séquelles paramétritiques, causes de douleurs persistantes.

Le traitement sera donc double. En premier lieu, et surtout le traitement de la cervicite chronique. En dernier lieu, et accessoirement, le traitement de la paramétrité elle-même.

I. — Traitement de la cervicite chronique

Il n'est pas dans notre intention d'insister longuement sur ce traitement qui dépasse quelque peu le cadre de notre étude. Nous ne voulons point faire une revue générale des multitudes de traitements qui ont été proposés. Nous nous contenterons d'emprunter à la thèse inaugurale de M. MONTEL, quelques conclusions thérapeutiques :

— Les cautérisations en surface, teinture d'iode, pointes légères de thermocautère, de galvanocautère et d'électrocoagulation en surface ne peuvent s'adresser qu'aux métrites cervicales encore localisées au museau de tanche et peu anciennes.

— En présence de la vraie métrite cervicale chronique, véritable endocervicite totale, on a le choix entre

trois méthodes d'indication un peu différente, mais qu'il est possible de combiner entre elles ; ces trois méthodes sont :

a) L'aspiration cervico-utérine avec l'instrumentation et suivant la méthode que M. VILLARD a fait décrire par son élève LE QUEMENT. On cherche là à vider mécaniquement les glandes par une ventouse dans laquelle on fait le vide avec un appareil analogue à l'appareil de Potain, cette méthode est avant tout indiquée dans la cervicite chronique avec leuco-pyorrhée abondante. C'est, dans ce cas-là, une méthode très efficace et sans aucun danger pour l'avenir du col.

b) La cautérisation au thermocautère ou même au galvanocautère, soit en pointes isolées, soit même en applications linéaires, permettent d'atteindre profondément le col et, malgré la sclérose qu'elles peuvent déterminer, elles sont souvent d'excellentes méthodes de traitement. Certains auteurs américains la considèrent même comme une méthode standardisée du traitement de la cervicite chronique. Il est évident que ces pointes de galvanocautérisation profonde ne peuvent être faites que par séances éloignées, cinq à six jours en moyenne et que l'exagération en profondeur ou en étendue de cette cautérisation peut entraîner la formation d'un tissu de sclérose qui peut enserrer à son tour des canaux excréteurs et augmenter la métrite.

Il est impossible d'être très précis sur l'étendue de ce traitement, c'est affaire de doigté et de bon sens.

c) L'électrocoagulation en surface ou en profondeur représente une méthode facile à doser et qui laisse toujours un col très souple. Il est impossible de fixer une préférence nette entre elles et la méthode précédente, l'une et l'autre maniées par des mains expertes donnent de très bons résultats.

Quant aux autres procédés dits biologiques, par les vaccins ou procédés cryothérapiques, ils n'ont pas encore donné des résultats suffisamment probants pour les préférer aux méthodes précédentes.

Quant aux procédés de cautérisation par le crayon de Filhos, qui est encore très employé par certains auteurs, il agit par escarres de façon aveugle et il est susceptible, dans des mains inexpertes, de créer des atrésies du col très dangereuses pour les accouchements ultérieurs.

Enfin, il est certain que le traitement chirurgical peut être indiqué dans certains cas : en présence d'une déchirure avec ectropion la réfection du col guérit à la fois cet ectropion et la métrite, mais surtout en cas de métrite très ancienne et très rebelle au traitement, l'évidement du col peut être indiqué, le procédé de l'évidement conique avec le rebroussement de la muqueuse vaginale dans le col par des doubles points en U, est un excellent moyen qui laisse un col souvent parfait pour l'avenir obstétrical.

Le traitement de la cervicite chronique par l'un quelconque de ces procédés amènera très souvent en très peu de temps une guérison absolument complète de la paramétrite qui se maintient tant que la cervicite reste guérie.

Toutes nos observations font foi de cette réalité.

II. — Traitement de la paramétrite chronique

Mais il est évident que lorsque la guérison est complète, il persiste des lésions résiduelles douloureuses du paramètre, alors il est indiqué d'agir directement sur ces lésions paramétritiques. C'est alors que des massages gynécologiques prudents, faits par des mains spécialisées ou des séances de diathermie, pourront être pratiqués. M. QUINCIEU nous a montré, maintes fois à la clinique de gynécologie, l'utilité de ces procédés sagement employés.

Mais il est entendu, et c'est là le point essentiel, que ces méthodes thérapeutiques n'auront jamais pour but que de faire disparaître les *reliquats* d'une inflammation antérieure dont l'origine aura été supprimée.

C'est dans ces cas que les eaux thermales pourront avoir une action bienfaisante.

Et pour conclure, nous ne pourrions mieux faire que d'emprunter ces lignes qui servaient de conclusion à l'article écrit par M. VILLARD sur la paramétrite douloureuse d'origine cervicale : « On obtiendra de très bons résultats dans les algies pelviennes résultant de

la paramétrite d'origine cervicale, en intervenant rationnellement, c'est-à-dire en reconnaissant que cette paramétrite est, chez toute une catégorie de malades, due à une infection primitive venue du col utérin, et en traitant d'abord et avant tout les lésions du col. S'adresser aux conséquences objectives de cette inflammation, c'est-à-dire aux localisations douloureuses de la paramétrite et notamment aux ligaments utéro-sacrés, c'est s'exposer à un échec et à des rechutes successives, la source des accidents douloureux n'étant pas tarie ».

Observations

OBSERVATION I

Mme B..., 25 ans, vient pour des douleurs pelviennes droites, quelques pertes blanches depuis l'accouchement (quelques semaines).

A l'examen : gros col déchiré par un accouchement (au forceps), aspect en huître ouverte, cicatrice allant jusqu'au cul-de-sac droit. La muqueuse est éversée et soudée sur les deux lèvres, avec écoulement purulent, douleurs dans le cul-de-sac du douglas avec *tension des ligaments utéro-sacrés*.

L'examen au spéculum montre une muqueuse éversée avec ulcération bourgeonnante métritique des deux lèvres.

On fait une séance au galvanocautère, le mercredi, et on demande à la malade de revenir le vendredi suivant pour continuer le traitement.

Le 3 juillet 1929, on fait 14 à 16 touches d'électro-coagulation en surface sur les deux lèvres.

Le 16 juillet 1929 : 8 à 10 touches d'électro-coagulation.

Le 9 août 1929 : la muqueuse du col est toujours en ectropion, retard des règles de 10 jours, le col est mou, le fond utérin est un peu globuleux.

Le 20 août 1929 : fond utérin non modifié. On attend encore.

Le 24 août 1929 : les règles sont venues. Electro-coagulation.

Le 30 août 1929 : le col se répare, mais toujours gros ectropion de la muqueuse. Electro-coagulation : 15 à 16 touches.

Le 10 septembre 1929 : Electro-coagulation en surface.

La malade arrête le traitement : amélioration nette de la cervicite et des douleurs.

OBSERVATION N° II

Mme Vve B..., 32 ans. Métrite aiguë avec métrite cervicale, lésion d'infiltration douloureuse. La malade est envoyée par le Docteur Delore pour des douleurs pelviennes très vives.

Antécédents : bonne santé habituelle. Un enfant il y a 7 ans. Une fausse-couche de 1 mois 1/2 il y a 5 ans avec curettage. La malade est toujours constipée.

L'affection actuelle remonte à deux mois. A ce moment, pertes blanches, verdâtres, fétides, mal odorantes, qui lui amènent des brûlures, mais pas de troubles urinaires, ne se lève pas la nuit. Puis, il y a 3 semaines, au moment de ses règles qui présentent un retard de 5 jours, la malade est prise d'une douleur assez vive dans le bas-ventre ; cette douleur augmente pendant deux jours et force la malade à s'aliter. Depuis, elle souffre toujours, mais présente une accalmie depuis deux jours.

La malade présente ses règles plus longtemps que d'habitude, au lieu de 4 jours elles durent 8 jours ; depuis, elle a gardé un écoulement rosé. Mais la malade n'a pas l'impression d'être enceinte, elle n'a ni vertiges, ni picotements dans les seins. Cuisson pendant la miction, pollakiurie nocturne.

Toucher vaginal (Professeur Villard) : gros col métritique, utérus antéfléchi et rétroposé, immobilisé, *toute tentative de mobilisation est très douloureuse*. Contrac-

ture douloureuse des ligaments utéro-sacrés. Infiltration douloureuse de la base du ligament large gauche, sensibilité du ligament large droit. *Pas de lésions annexielles.*

Après traitement la malade part guérie le 12 octobre 1929.

OBSERVATION N° III

Mme B... Vient pour douleurs persistantes dans la fosse iliaque droite apparues depuis son dernier *accouchement*, il y a 4 ans. En outre, depuis cette date, irrégularité des règles, pertes jaunâtres tachant le linge. Mariée, deux grossesses, pas de fausse couche.

Toucher vaginal : gros col de consistance métritique, déchiré, utérus antéfléchi et mobile, un peu sensible à la pression. Culs-de-sacs latéraux libres. On perçoit les annexes à droite, mais non douloureuses : *sensibilité des ligaments utéro-sacrés, surtout à l'élévation du col.* Le cul-de-sac du douglas n'est pas particulièrement sensible.

Au spéculum, l'ulcération est très légère.

5 février 1935 : aspiration.

20 février 1930 : aspiration.

La malade était entrée le 29 janvier 1930 dans le service pour suivre son traitement. A ce moment elle présentait des douleurs dans la fosse iliaque gauche, persistantes depuis son dernier accouchement.

Antécédents personnels : la malade a présenté comme affection une pleurésie à l'âge de 13 ans.

Antécédents héréditaires : néant.

A signaler que son mari a fait un séjour de six mois dans un sanatorium.

Réglée depuis l'âge de 16 ans, mariée, elle a des enfants dont un mort de broncho-pneumonie.

C'est depuis son dernier accouchement, il y a 4 ans, que la malade présente de l'irrégularité des règles ; dans

l'intervalle, des pertes jaunâtres tachant le linge, en outre des douleurs persistantes dans la fosse iliaque gauche, s'irradiant dans la région lombaire correspondante.

La malade suit un traitement médical depuis 4 ans ; mais devant la persistance de ses douleurs, elle entre à l'hôpital.

A l'entrée : malade ayant un peu maigri ces temps derniers.

Appareil pulmonaire : submatité du sommet gauche avec abolition des vibrations. Dans la fosse sus-épineuse et surtout sous-claviculaire gauche, respiration un peu soufflante, quelques râles à la fin de l'inspiration, très secs, ressemblant plutôt à des craquements nets après la toux.

Palpation abdominale : dans la fosse iliaque gauche, point douloureux très net ; dans la fosse iliaque droite, un autre point moins douloureux.

En somme : malade de 25 ans présentant depuis son dernier accouchement des douleurs au niveau de la fosse iliaque gauche et des pertes blanches. La palpation abdominale révèle l'existence de phénomènes douloureux dans chaque fosse iliaque, surtout à gauche.

Toucher vaginal (Professeur Villard) : gros col de consistance métrique, déchiré, utérus antéfléchi, mobile, un peu sensible à la pression, culs-de-sacs latéraux libres. On perçoit les annexes à droite mais non douloureuses. *Sensibilité des ligaments utéro-sacrés, surtout à l'élévation du col.* Le cul-de-sac du douglas n'est pas particulièrement sensible.

Au spéculum : ulcération très légère. En raison de l'endométrite coexistante on fera de l'aspiration et de l'électro-coagulation.

Le 6 janvier 1930 : la malade quitte le service. Elle reviendra pour suivre un traitement (électro-coagulation).

La malade, qui avait une histoire typique de paramétrite, ne s'est pas présentée aux séances de traitement.

OBSERVATION N° IV

Mlle G..., 23 ans. Métrite cervicale sur déchirure obstétricale, paramétrite douloureuse, ligaments utéro-sacrés contracturés, amputation du col, avec points à la Lambert.

Antécédents : fièvre typhoïde à 8 ans, rougeole, diphtérie à 12 ans. Vient pour douleurs dans le bas-ventre, surtout à gauche et pertes blanches abondantes. Réglée à 14 ans : règles régulières. Premier accouchement en septembre 1925 à la Charité. La malade avait eu alors une déchirure du col. Enfant mort à 13 mois de diarrhée infantile ; alors apparaissent des pertes blanches, puis la malade souffre du bas-ventre à gauche et dans les reins (douleurs de la région lombo-sacrée). Elle rentre pour quelques jours dans le service : onze jours, on ne lui fait rien. Deuxième grossesse en juillet 1927. Au deuxième mois, la malade fait une poussée méningée (ponction lombaire), glace à la tête ; la malade cependant accouche normalement. Enfant bien portant.

Le 28 *mai* 1928 : séjour de 15 jours à l'Hôtel-Dieu, pas de réaction méningée, ponction lombaire et traitement de piqûres intra-veineuses probablement du Néo.

En mai 1929 : accouchement normal en mai 1929 à la Charité ; à la suite de cet accouchement : pertes blanches, verdâtres, abondantes, tachant le linge, épaisses et fétides. Ces pertes sont continues. La malade souffre dans le bas-ventre depuis ce moment, ainsi que dans les reins, surtout au moment des règles. En même temps, petites poussées thermiques de 38°-39°. Constipation chronique. Abdomen souple et sonore. *Pas de lésions annexielles*. Foie et rate normaux. La malade depuis 2 ou 3 jours se plaindrait de sensations de piqûres dans la région vésiculaire.

En résumé : malade ayant eu deux grossesses avec une déchirure du col à la première grossesse. Elle rentre

à l'hôpital pour douleurs dans le bas-ventre et douleurs lombaires. Pertes blanches très abondantes.

Au toucher : gros col déchiré, métritique, granuleux, utérus en antéposition normale, peu développé. Examen très facile, *pas de lésions annexielles* ; par contre, *sensibilité vive à la pression des ligaments utéro-sacrés* et plus spécialement du droit.

Intervention 28 janvier 1930 : M. le Professeur Villard, Docteur Montel, Mlle Lambert. Amputation du col avec points à la Lambert de la muqueuse vaginale.

La malade part guérie.

OBSERVATION N° V

Mme V..., 35 ans. Vient pour pertes blanches abondantes et douleurs pelviennes vives datant de 6 ans.

Examen : gros col ulcéré sur ses deux lèvres, utérus en position intermédiaire, un peu gros, *sans lésions annexielles*. Douleurs très vives dans le cul-de-sac du Douglas avec *contractures très marquées des ligaments utéro-sacrés*, et noyaux de cellulite.

Le 9 octobre 1929 : 15 touches d'électro-coagulation suivies de columnisation avec tampon glyceriné.

Le 16 octobre 1929 : col très amélioré, longues bandes de cicatrisation, les pertes ont diminué et surtout les douleurs lombaires qui empêchaient le travail. La malade se dit très améliorée. 15 touches en couronne et un peu de massage.

Le 23 octobre 1929 : amélioration persiste, col : ulcération presque cicatrisée. Electro-coagulation sur le museau de tanche et intra-cervicale. Kinesithérapie.

Le 25 octobre 1929 : 10 à 12 touches d'électro-coagulation sur le museau de tanche et dans le canal cervical. On effectue un peu de massage.

Le 30 octobre 1929 : col très amélioré, les pertes ont diminué, la malade n'a plus de douleur.

Au *toucher* : la contracture des ligaments utéro-sacrés a cédé. La cellulite a bien diminué.

Le 6 *novembre* 1929 : électro-coagulation à l'aiguille du museau de tanche.

Le 13 *novembre* 1929 : col très amélioré. Electro-coagulation en surface.

Le 27 *novembre* 1929 : la malade a eu pendant 15 jours des poussées rhumatismales. Règles il y a 8 jours non douloureuses, le col est bien amélioré. 14 touches d'électro-coagulation en surface.

Le 4 *décembre* 1929 : grosse amélioration de la métrite cervicale. Toute l'ulcération de la lèvre inférieure du col est cicatrisée ; il ne reste qu'une petite surface ulcérée sur la lèvre inférieure, où l'on voit déjà des travées nouvelles d'épithélium. L'écoulement par le col est assez abondant.

Le 11 *décembre* 1929 : aspiration du col.

Le 31 *décembre* 1929 : électro-coagulation.

Le 8 *janvier* 1930 : électro-coagulation.

Le 15 *janvier* 1930 : électro-coagulation. *Guérison à peu près complète des lésions du col et de la paramétrite.*

OBSERVATION N° VI

Mme E..., 26 ans. Vient pour pertes blanches et douleurs pelviennes.

Examen : utérus en position intermédiaire, *ligaments utéro-sacrés contracturés.*

Traitement : électrocoagulation.

1^{re} séance 21 novembre 1928 : 4 touches en couronne sur le museau de tanche.

Revient le 2 décembre 1929 : érosion incomplètement disparue, la malade continue à souffrir.

Au *toucher* : utérus en position intermédiaire. *Pas de*

lésion annexielle. Cellulite résiduelle avec ligaments utéro-sacrés contracturés surtout à droite.

Kinesithérapie : Docteur Quincieu : utérus en position sensiblement normale, col de multipare un peu ouvert donnant d'abondantes leucorrhées glaireuses. Petit ovaire gauche perceptible facilement, du volume d'une petite amande, ligaments utéro-sacrés contracturés.

Le 14 *novembre* 1928. La malade revient, souffre toujours, pertes abondantes. Au toucher : utérus en position intermédiaire, cellulite gauche résiduelle, ligaments utéro-sacrés contracturés. Ulcération de la lèvre antérieure gauche. Electrocoagulation.

Le 17 *novembre* 1928 : la malade revient pour une métrorrhagie abondante d'origine ovarienne.

Traitement médical : hydrastis.

Kinesithérapie (Docteur Quincieu)..

Le 2 *janvier* 1929 vient de subir le traitement par électrocoagulation (Docteur Montel). Un accouchement il y a deux ans et demi, présente métrite cervicale légère.

Le 10 *janvier* 1929 : présente actuellement de la cellulite postérieure et latérale à droite et à gauche avec contractures des ligaments utéro-sacrés.

Effluation rectale le 4 *janvier* 1929.

Revient le 6 *janvier* 1929 : effluation rectale et vibrations abdominales manuelles.

Le 7 *janvier* 1929 : effluation rectale et vibrations abdominales manuelles.

Le 9 *janvier* 1929 : effluation rectale et vibrations abdominales manuelles.

11 *janvier* 1929 : amélioration.

24 *janvier* 1929 : la malade ne souffre plus.

27 *janvier* 1929 : guérison complète.

OBSERVATION N° VII

Mme D..., 23 ans. Vient surtout pour douleurs pelviennes gauches irradiées dans les reins et accessoirement pour pertes blanches légères, signes apparus à la suite d'un accouchement il y a deux ans.

Examen : utérus en position normale, mobile, *pas de lésion annexielle, ligaments utéro-sacrés contracturés.* Cellulite pelvienne gauche ; cervicite chronique peu intense, érosion de la lèvre postérieure sans déchirure, col peu augmenté de volume.

3 novembre 1928 : utérus gros, congestionné, annexes perçues non douloureuses, col un peu métritique, à revoir dans quelque temps pour effluviation et électrocoagulation.

Revient le 20 novembre 1929, souffre toujours surtout à gauche, présente peu de pertes blanches.

Examen : utérus un peu douloureux, rétraction des ligaments utéro-sacrés, un peu de cellulite gauche, érosion cervicale nette. On fera électro-coagulation et kinésithérapie.

1^{re} séance 7 décembre 1928 : 5 touches d'électro-coagulation sur l'érosion.

2^e séance 12 décembre 1928 : 6 touches.

3^e séance 19 décembre 1928 : 6 touches. On note déjà des bandes de cicatrisation récente sur la lèvre antérieure. Les douleurs ont énormément diminué.

4^e séance 26 décembre 1928 : 6 touches en couronne. L'amélioration persiste.

5^e séance 9 janvier 1929 : 4 touches en couronne. *La malade affirme qu'elle n'a plus de douleurs.*

6^e séance 16 janvier 1929 : 5 touches, surtout sur la lèvre postérieure en ectropion.

7^e séance 23 janvier 1929 : 6 touches, peu d'amélioration locale, les douleurs ont repris.

Au toucher : les *ligaments utéro-sacrés sont douloureux et rétractés.*

OBSERVATION N° VIII

Mme Vve M..., 38 ans. Vient surtout pour douleurs pelviennes datant de 3 ans et quelques pertes blanches.

Examen : utérus en position normale. *Pas de lésion annexielle*. Métrite érosive du col. *Ligaments utéro-sacrés contracturés*.

Traitement : électro-coagulation.

1^{re} séance 19 décembre 1928 : 2 touches seulement (règles arrêtées cette nuit).

2^e séance 26 décembre 1928 : 5 à 6 touches en couronne autour de l'orifice du col.

3^e séance 2 janvier 1929 : 4 touches autour du col. Etat local excellent. Ulcération à peu près complètement cicatrisée, plus de douleurs pelviennes, pertes blanches augmentées. On aperçoit sur le col des bandes d'épidermisation.

4^e séance 9 janvier 1929 : 4 touches autour du col, grosse hyperhémie du col ; l'amélioration persiste. On arrête le traitement.

Revue le 16 janvier 1929 : très bon état. Ne souffre plus. Col propre avec nombreuses dilatations vasculaires superficielles, pertes blanches abondantes, aspect hyperhémique du col.

Au *toucher* : un peu de cellulite résiduelle, ligaments utéro-sacrés douloureux. Reviendra pour kinesithérapie.

Le 23 janvier 1929 : état local excellent, cicatrisation complète.

Au *toucher* : utérus en position normale. Pas de lésion annexielle, petites douleurs sur les ligaments utéro-sacrés. Mais *la malade ne souffre plus du tout spontanément*. On arrête tout traitement. On prescrit injections et lavements chauds.

Le 6 février 1929 : plus de douleurs, col cicatrisé, utérus un peu gros, grosses pertes. Reviendra dans 15 jours.

Le 6 mars 1929 : col guéri, les douleurs ont disparu. Il persiste un écoulement abondant. Aspiration.

Le 13 mars 1929 : 2^e séance d'aspiration, pertes très peu abondantes. On cesse le traitement.

Le 27 mars 1929 : pertes toujours abondantes. Quelques points d'électro-coagulation à chauffage intra-cervical.

Le 3 avril 1929 : quelques points d'électro-coagulation à chauffage intra-cervical.

Le 10 avril 1929 : quelques points d'électro-coagulation à chauffage intra-cervical et aspiration.

Le 17 avril 1929 : aspiration. Grosse diminution des pertes.

Le 1^{er} mai 1929 : réapparition des pertes abondantes après les dernières règles.

Le 8 mai 1929 : aspiration.

Le 15 mai 1929 : aspiration. Les pertes persistent ; au bout du doigt, dans le cul-de-sac gauche, annexes perçues.

Le 26 juin 1929 : la malade revient très améliorée. Les pertes blanches ont diminué, mais depuis les dernières règles, des pertes rouges continuelles et du sang noirâtre.

Toucher vaginal : col normal, utérus en antéflexion ; au fond, un peu globuleux, ovaires perçus des deux côtés, un peu gros et douloureux. Traitement : hamma-mélis.

Le 10 juillet 1929 : pertes abondantes mais uniquement séreuses. La malade se considère comme guérie : *son col est en parfait état, elle n'a plus de douleurs,*

OBSERVATION N° IX

Mme C..., 32 ans. Vient à la consultation pour pertes blanches et douleurs pelviennes. On a fait 3 séances d'aspiration pendant les vacances (Docteur Labry).

Vue le 18 août 1928, toucher vaginal : gros col irrégulier, utérus en antéflexion très marquée de volume sensiblement normal. *Pas de lésion annexielle*, mais cellulite pelvienne nette, avec *ligaments utéro-sacrés contracturés*, surtout à gauche.

Au spéculum : gros col exulcéré sur ses deux lèvres.

1^{re} séance d'électro-coagulation : 12 touches en couronne.

Le 25 septembre 1929 : 2^e séance, 10 à 12 touches ; il y a déjà des traces de cicatrisation à la partie supérieure de l'ulcération.

Le 2 octobre 1929 : légère poussée de salpingite à gauche (masse du volume d'une noix), on suspend le traitement.

Le 16 octobre 1929 : la salpingite a disparu. Ulcération des deux lèvres du col. 12 touches d'électro-coagulation en surface.

Le 23 octobre 1929 : électro-coagulation. Ulcération déjà en voie de cicatrisation.

13 novembre 1929 : électro-coagulation. Dernières règles très abondantes.

20 novembre 1929 : électro-coagulation en surface.

18 décembre 1929 : aspiration.

24 décembre 1929 : va mieux, les pertes ont diminué et les douleurs aussi. Petite déchirure du col à gauche. Electro-coagulation. 15 touches en couronne.

30 décembre 1929 : *douleurs ont cessé*, les pertes ont diminué sensiblement. *L'ulcération est en train de dis-*

paraître ; des bandes de cicatrisation se voient sur les deux lèvres.

22 janvier 1930 : électro-coagulation.

29 janvier 1930 : électro-coagulation. Amélioration très nette.

26 février 1930 : traitement terminé. La malade est très satisfaite.

OBSERVATION N° X

Mme M..., 21 ans (Professeur Villard). *Métrite cervicale chronique avec paramétrite*. Viendra le mercredi suivre un traitement.

12 février 1930 : la malade vient pour *douleurs pelviennes*, surtout mal aux reins et pertes blanches. Les douleurs durent depuis trois ans à la suite d'un accouchement avec rétention placentaire (col déchiré à gauche).

La malade réglée normalement avant l'accouchement se plaint d'irrégularité des règles, parfois quatre fois en trois mois ; les règles toujours très abondantes durant jusqu'au 8^e jour. A la suite des dernières règles (25 janvier), la malade ayant beaucoup souffert dans la région pelvienne et au niveau des reins, vient consulter le 6 février.

Toucher vaginal : col en position intermédiaire sans lésion annexielle et légèrement dévié à gauche. Déchirure à gauche avec érosion superficielle. *Contracture des ligaments utéro-sacrés*, surtout marquée à gauche.

18 février 1930 : électro-coagulation 12 touches en couronne sur l'érosion.

26 février 1930 : *examen* : masse plus ou moins dif-

fuse au niveau de l'annexe gauche, pas d'électro-coagulation aujourd'hui. Reviendra mercredi prochain.

5 mars 1930 : très petite ulcération de la lèvre inférieure du col, ligaments utéro-sacrés contracturés à gauche, très douloureux. (Reviendra pour kinesithérapie.) Utérus en bonne position, bien mobile.

14 mars 1930 : ligaments utéro-sacrés contracturés comme deux cordes épaisses. Entre les ligaments utéro-sacrés de la cellulite. L'ulcération cervicale a disparu.

30 mars 1930 : les douleurs ont disparu.

OBSERVATION N° XI

Mme D..., 28 ans. Malade envoyée par M. Montel. Depuis un an, *douleurs pelviennes bilatérales* et surtout à gauche, sans phénomènes généraux ni crises aiguës. Pertes blanches jaunâtres très abondantes. Règles très diminuées de quantité depuis deux mois. Rien à signaler dans les antécédents, si ce n'est que 4 ou 5 fausses-couches et des maux de tête violents avec tendance à la neurasthénie. Aucun suintement sanguin en dehors des règles.

A l'*examen* : col normal, sans lésions métritiques importantes, mais on trouve un utérus en position intermédiaire augmenté de volume, antéfléchi. Des douleurs vives dans le cul-de-sac postérieur avec *tension des ligaments utéro-sacrés* et douleurs au redressement de l'utérus. *Pas de lésion annexielle* perçue.

Examen général négatif, réflexes oculaires et tendineux normaux.

En somme : lésions peu intenses de métrite du corps, avec réaction de paramétrite postérieure, quelques troubles d'insuffisance ovarienne légère.

12 février 1930 : électro-coagulation pas nécessaire.

Faire kinesithérapie la prochaine fois (Docteur Quincieux). Columnisation (Docteur Caillot).

17 février 1930 : Columnisation.

19 février 1930 : Columnisation.

21 février 1930 : Columnisation.

24 février 1930 : Columnisation.

3 mars 1930 : Columnisation.

5 mars 1930 : Columnisation.

7 mars 1930 : Columnisation.

12 mars 1930 : Columnisation. La malade ne souffre plus, la contracture des ligaments utéro-sacrés et l'ulcération ont disparu. Guérison presque complète.

14 mars 1930 : la malade présente rien qu'un peu de cellulalgie de la paroi abdominale gauche. Au point de vue gynécologique, la *guérison est complète*.

17 mars 1930 : diathermie.

28 avril 1930 : Docteur Quincieu et M. Verrière : Cellulalgie très nette de la paroi abdominale et aux points électifs classiques : cuir chevelu, omoplate, région sacrée.

OBSERVATION N° XII

Mme J..., 28 ans. Vient pour pertes blanches et douleurs pelviennes. Infection gonococcique il y a 8 ans. Actuellement, à l'*examen*, on trouve un utérus en position intermédiaire. *Pas de lésion annexielle perçue*. Col très gros sans ulcération appréciable. *Contracture douloureuse des ligaments utéro-sacrés*, surtout du gauche. Par le toucher rectal, on trouve une infiltration à la base du ligament large surtout à gauche.

Examen au spéculum : peu d'ulcération du col. Pertes blanches très abondantes.

21 mars 1930 : cautérisation du col ; massage recto-vaginal.

26 mars 1930 : mobilisation utérine très douloureuse, cul-de-sac gauche douloureux avec perception d'une petite annexe très sensible. Pas de lésion annexielle.

Entre dans le service pour suivre un traitement.

La malade sort complètement guérie et très satisfaite.

OBSERVATION N° XIII

Mme Z... *Douleurs pelviennes*. Pertes blanches. Utérus un peu gros, en situation normale. *Pas de lésion annexielle*. *Contracture extrême des ligaments utéro-sacrés*, surtout à droite. Gros col de multipare avec large ulcération de la lèvre postérieure. Infiltration cellulitique postérieure.

25 novembre 1930 : tamponnement vaginal, glycérine pour déterger le col, amenant une grosse exsudation purulente.

29 novembre 1930 : amélioration de l'ulcération. Cautérisation au nitrate d'argent.

3 décembre 1930 : grosse amélioration ; diminution presque complète des pertes et des douleurs sacro-lombaires.

17 décembre 1930 : guérison.

OBSERVATION N° XIV

Mme C... Grosse métrite érosive du col de la lèvre postérieure, grosse lèvre antérieure. *Pas de lésion annexielle*, un peu de *contracture des ligaments utéro-sacrés*.

Aspiration et cautérisation.

La malade n'est pas revenue.

OBSERVATION N° XV

Mme M... Vient pour douleurs pelviennes et pertes blanches. *Pas de lésion annexielle*. Utérus en situation normale.

Au spéculum : col entr'ouvert ; la situation de l'ulcération est bien postérieure. Noyau de paramétrite postérieure. Petit kyste de la paroi postérieure du vagin.

Traitement : tamponnement glycérimé, pour déterger le col.

Amélioration très nette: quelques glaires claires au lieu de purulentes.

Electro-coagulation à l'aiguille. Cautérisation au nitrate d'argent.

8 décembre 1930 : électro-coagulation.

10 décembre 1930 : électro-coagulation.

24 décembre 1930 : guérison.

OBSERVATION N° XVI

Mme P..., 25 ans. Vient le 15 janvier 1931 pour métrite du col. Evidement cône de col.

Malade vue à la consultation par M. Caillot.

Antécédents héréditaires : père de 86 ans, aveugle. Mère décédée. Antécédents collatéraux : trois frères bien portants.

Antécédents personnels : une bronchite dans l'enfance, une typhoïde en Algérie en 1924. Bronchite tous les hivers.

En novembre 1929, la malade faible et amaigrie, tousant, vue en consultation aux Charmettes, où on lui fait des piqûres de sel d'or. Régulée à 11 ans, tout de suite normalement. Mariée à 18 ans, pendant 4 ans avec un

homme interné dans un asile d'aliénés actuellement ; de cet homme elle a eu deux enfants : un de 5 ans, première grossesse avec albumine et pus dans les urines, accouchement à terme, spontané, avec assez de difficultés. Un autre enfant de 3 ans, grossesse avec albumine également, accouchement à terme avec forceps. Ses deux enfants sont bien portants.

Remariée il y a un an et demi avec un homme bien portant, sans enfant. Jamais de fausse-couche. Depuis son dernier accouchement, il y a trois ans, la malade n'a jamais vu s'installer les règles normalement. Elle perd presque continuellement en rouge avec des caillots, parfois elle a des arrêts de 10 à 15 jours et pendant ce temps d'arrêt, a des pertes verdâtres, fétides, des douleurs constantes sacro-lombaires, mais surtout abdominales unilatérales, prédominant à gauche, et s'irradiant vers la face antérieure des cuisses.

A l'entrée : état moyen, pas de température, amaigrissement de 7 kilogs en un an et demi, la malade tousse et crache. Pas de point de côté, transpiration nocturne. Pas d'hémoptysie. Au point de vue digestif, la malade dit souffrir de l'estomac depuis deux ans. Elle a passé une visite à l'Hôtel-Dieu où on lui aurait dit qu'elle avait une ptose gastrique. Il y a trois mois, la malade est restée à vomir presque tous les jours, à n'importe quelle heure, vomissements précédés de migraines et vertiges. Constipation habituelle ; les dernières règles apparurent le 18 décembre et se terminèrent le 30 (par suite d'une frayeur, dit la malade) ; depuis, persistance de pertes blanches.

A l'examen : abdomen : ventre souple avec palpation douloureuse dans les deux fosses iliaques droite et gauche.

Toucher vaginal le 19 janvier 1931 : gros col très déchiré. Utérus augmenté de volume, métritique, infiltration du paramètre gauche avec contracture des liga-

ments utéro-sacrés de ce côté. *Pas de lésion annexielle* ni à gauche, ni à droite.

Poumons : pas de modification de la sonorité. L'auscultation est négative.

Cœur : bruits normaux, pas de souffle.

Réflexes rotuliens faibles.

Urines : ni sucre, ni albumine.

A signaler un strabisme droit convergent par paralysie du moteur externe droit.

19 janvier 1931 : examen au spéculum par M. le Professeur Villard : ulcération étendue sur les deux lèvres du col (amputation à faire).

21 janvier 1931 : intervention par M. le Docteur Montel. Evidemment cône de col.

23 janvier 1931 : la malade vomit et souffre de céphalées. On pratique une injection intra-veineuse d'eau distillée qui fait disparaître les vomissements mais ne calme pas entièrement la céphalée.

Résultat de l'examen histo-pathologique : l'épithélium malpighien de revêtement est atrophique avec des papilles peu développées (aspect de muqueuse cicatricielle) ; en dessous tissu fibroïde sans caractères inflammatoires actuels.

La malade quitte le service avec le col en parfait état. Les douleurs ont cessé complètement.

OBSERVATION N° XVII

(D'après M. MONTEL)

Mme H..., 33 ans. Métrite chronique chez une multipare. Pertes abondantes, douleurs pelviennes.

A l'examen : gros utérus en bonne position, congestionné, col de multipare métritique. *Ligaments utéro-sacrés rétractés* et lésions de cellulite chronique.

Traitement : 4 séances d'électro-coagulation en tou-

ches légères sur le museau de tanche seulement. Séances le 12 mars, le 19 mars, le 26 mars, le 2 avril.

La malade revient le 23 avril et est aussi bien que possible ; col guéri, museau de tanche avec orifice tout petit, sans aucune trace de cervicite, tissu très souple.

Quatre mois après la malade revient à nouveau ; la cervicite paraît avoir récidivé. Six nouvelles séances d'électro-coagulation à 8 à 10 jours d'intervalle.

Examen deux mois après : col guéri, mais il persiste des traînées de cellulite douloureuse avec ligaments utéro-sacrés contracturés (*kinesithérapie complémentaire*).

OBSERVATION N° XVIII

(D'après M. MONTEL)

Mme Q..., 36 ans. Ancienne métrite chronique rebelle aux cautérisations. Le symptôme dominant en dehors de pertes blanches était une douleur pelvienne droite, avec irradiation lombaire, douleur suffisamment vive pour obliger la malade à s'aliter parfois.

Deux accouchements dont le dernier avec déchirure périnéale. Plusieurs séances de cautérisation par son médecin.

A l'examen : gros col hypertrophié en masse cylindrique. Culs-de-sacs labiaux souples, utérus peu mobile car ligaments utéro-sacrés contracturés.

Intervention (Professeur Villard) : résection partielle du col par évidement cunéiforme bivalve de chacune des lèvres.

Examen de la pièce : col très tuméfié (en tromblon), de couleur violacée avec quelques petites ulcérations sur la lèvre postérieure et de nombreux œufs de Naboth, grosses larmes de muco-pus s'écoulant par l'orifice du col.

Examen anatomo-pathologique : métrite du type inflammatoire vrai.

Malade revue un mois après l'intervention : aucune perte, *douleurs très diminuées*.

Au *toucher* : utérus mobile, aucune douleur dans la mobilisation où les ligaments utéro-sacrés sont devenus souples.

Au spéculum : le moignon du col est effacé, l'aspect est normal malgré la petite irrégularité anatomique résultant de la résection (Professeur Villard).

Malade revue six mois après : état toujours très amélioré, plus de pertes purulentes, mais quelques pertes glaireuses, *plus de douleurs*. N'a pas eu de grossesse.

A l'*examen* : col un peu gros, mais sans signes d'infection et avec résultat anatomique parfait.

OBSERVATION N° XIX

(D'après M. MONTEL)

Mlle C..., 21 ans. Métrite chronique ulcéreuse grave. Opérée en 1926 pour annexite double purulente, basculée dans le douglas. Ablation des annexes droites ; à gauche, conservation ovarienne et d'un moignon tubaire. Vient trois mois après pour pertes blanches abondantes et douleurs pelviennes.

Examen : col très tuméfié (cervicite et endocervicite graves), ulcération étendue des deux lèvres, utérus peu mobile car *ligaments utéro-sacrés rétractés et douloureux*.

Intervention : 11 mars 1927 (Professeur Villard) : évidemment cunéiforme bivalve des deux lèvres du col. Les fragments enlevés présentent macroscopiquement de grosses lésions avec nombreux kystes. Suites simples.

Nous avons pu revoir la malade après plusieurs mois. Etat très amélioré. Etat anatomique du col sensiblement normal.

OBSERVATION N° XX
(D'après M. MONTEL)

Mme F..., 42 ans. Métrite chronique ulcéreuse du col datant de 12 ans. Vient pour des pertes blanches abondantes existant depuis 12 ans, avec douleurs pelviennes irradiées dans la région lombaire. Trois accouchements.

Examen (Professeur Villard) : gros col hypertrophié avec érosion étendue des deux lèvres, *ligaments utéro-sacrés rétractés*.

Intervention (Professeur Villard) : évidemment bivalve du col.

Nous n'avons pu revoir cette malade.

Conclusions

I. — Sous le nom de paramétrie il faut comprendre l'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal du paramètre.

Cette lésion doit être différenciée de la périmérite et de la Douglassite, inflammation du péritoine péri-utérin et du cul-de-sac péritonéal postérieur.

II. — Certaines formes de paramérite reconnaissent pour causes la métrite du col et plus spécialement la métrite érosive ; constituant la paramérite douloureuse d'origine cervicale.

III. — La paramérite d'origine cervicale n'est pas différente dans sa pathogénie et ses caractéristiques anatomo-pathologiques des lésions du tissu cellulaire au voisinage des foyers infectieux.

IV. — Au point de vue symptomatique, elle se caractérise subjectivement par de la douleur pelvienne, lombo-sacrée et de la gêne fonctionnelle ; objectivement par la tension douloureuse des ligaments larges et des ligaments utéro-sacrés avec infiltration et perte de souplesse des culs-de-sac.

V. — Elle doit être différenciée des autres causes d'algies pelviennes annexielles ou péritonéales.

VI. — Le traitement sera surtout causal, et par conséquent sera en premier lieu celui de la cervicite chronique; la disparition de celle-ci entraînera la guérison du paramètre.

Dans les formes résiduelles avec algies persistantes, la diathermie, le massage kinesithérapique pourraient être indiqués.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	VII.LARD
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 26 Février 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Bibliographie

- K. ABEL. — Zur Behandlung und Nachbehandlung der Adnexentzündungen Peri und Parametritis (*Deutsche med. Woch.* 55 : 101, 18 janvier 1929).
- B. AUZILLON. — Des paramétrites et périmétrites primitives. (*Thèse de Montpellier* 1893-94, n° 12).
- H. BARTH. — Origin of parametritis actinomycetic infection of uterus, case. (*Arch. f. Gynak.* 134 : 310, 1928).
- A. BAUEREISEN. — Über die Behandlung chronischer Beckenentzündungen mit Fribrolysin (*Zentralbl. f. Gynak.* 54 : 324, 8 Feb. 1930).
- BISCHOFF. — Zur Aetiologie der Parametritis posterior. (*Monatschr. Geburtsh.* 1923, Bd 61, S. 277).
- L. BREDÁ. — Fatal septic parametritis following injury of vagina during coitus, case. (*Zentralbl. f. Gynäk.* 54 : 1897, May 24, 1930).
- BREISKY. — Parametritis posterior. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1883, Nr. 3. *Ref. Zbl. Gynäk.* 1883, Nr 15, S. 242).
- P. BROESE. — Zur pathologie und Therapie der Parametritis posterior. *Z. Geburtsh.* 1901, B. 46, S. 1 ; *Zbl. Gynäk.* 1901, Nr 26, S. 767 ; Schwere Hysterie infolge von Parametritis atrophicans. *Z. Geburtsh.* 1902, Bd 48, S. 180 ; Zur Pathologie und Therapie der Parametritis posterior. *Zbl. Gynäk* 1923, Nr 7, S. 258.

- L. BUBLITSCHENKO. — Zur differential Diagnose der puerperalen Parametritis. (*Med. Welt.* 3 : 1630, 16 Nov. 1929).
- F. CONDAMIN. — Recherches d'histologie topographique sur les ligaments utérins et leurs formations nerveuses. (*Bulletin d'Histologie appliquée*, N° 5, mai 1928).
- R. CONDAMIN. — Paramétrite postérieure et douglassite. Analogies et différences, diagnosctic différentiel. (*Lyon Médical*, CXLIII, 1928, 21 oct., p. 479).
- Dyspareunie et frigidité dans leurs rapports avec la douglassite. (*Lyon Méd.* 1926, Bd 158, Nr 45, S. 523. *Ref. Ber. Gynäk.* 1927, Bd 11, S. 807).
 - Généralités sur la douglassite. (*Lyon Médical*, N° 39, 26 sept. 1926 p. 347).
 - Introduction à l'étude de la douglassite. Douglas et para-douglas chez la femme. (*Lyon Médical*, N° 45, 6 novembre 1927, p. 481).
 - Fibro-conjonctivite du bassin de la femme (cellulite). Essai, pathogénie et anatomie pathologique. (*Lyon Médical*, 2 nov. 1930).
 - Fibro-conjonctivite du bassin de la femme (cellulite). (En cours de publication).
- COTTE. — A propos de la section des ligaments utéro-sacrés. Douglassite et paramétrite postérieure. (*Lyon Médical*, N° 8, 23 février 1930, p. 237).
- Section des ligaments utéro-sacrés et résection du nerf présacré dans le traitement des plexalgies hypogastriques. (*Lyon Médical*, n° 45, 10 nov. 1929, p. 549).
- EWALD. — Ueber Parametritis posterior. New Yorker med. Mschr. Ref. *Zbl. Gynäk.* 1903, Nr 5, S. 160.
- FALGOWSKY. — Zur operativen Behandlung chronisch entzündlicher Infiltrate, mit besonderer Berücksichtigung der Parametritis posterior. Kongress in Hall. Ref. *Dtsch. med. Wsmhr.* 1913, Nr 27,

- S. 1343 ; Ueber entzündliche Adnexerkrankungen einschliesslich der Parametritis und Perimetritis. *Gynäk. Rundschau* 1913, Jg 7, S. 251 u. 1914. Jg. 8, S. 525 u. 548 (Sammelfeferat).
- Jean FIOLE et Paul FIOLE. — Les fibroses péri-méto-rectales. (*Journ. de Chir.* 1914, tome 12, S. 575, Ref. *Zbl. Gynäk* 1914, Bd 5, S. 623 u. Juber. Gynäk, 1915, Bd 28, S. 57.
- FRAENKEL. — Beiträge zur Aetiologie, Diagnose und Therapie der Parametritis posterior chronica. 81. Vers. deutscher Naturf. u. Aerzte. Salzburg 1909. Ref. *Zbl. Gynäk* 1909, Nr 42, S. 1455 ; Anatomische und klinische Beiträge zur Parametritis posterior. *Dtsch. med. Wschr.* 1909, Nr 50, S. 2204 ; Diskussionsbemerkung zum Vortrag von Dienst. *Zbl. Gynäk.* 1925, Nr 27, S. 1502.
- H. W. FREUND. — Ueber die feineren Veränderungen der Nervenapparate bei einfacher parametritischer Atrophie. Verb. d. gyn. Sekt. d. 58. Vers. deutscher Naturf. u. Aerzte zu Strasburg. Ref. *Zbl. Gynäk.* 1885, Nr 41, S. 644.
- W. A. FREUND. — Das Bindegewebe im weiblichen Becken. Gynäk. Klin. Strasburg 1885. S. 239 u. 242. Zur pathologischen Anatomie der Parametritis chronica atrophicans, ein Beitrag zur Lehre von den nervösen Störungen, speziell der Hysterie. Verh. Ges. dtsch. Naturforsch. 1902. Leipzig 1903, Bd II, 2 Hälfte.
- GRAEFE. — Parametritis posterior und ihre Behandlung. Gräfes Samml. zwangloser Abhandl. 1909. Bd. 7, H. 8.
- K. GRIES. — Value of weak radium irradiation in subacute and chronic parametritis. (*Zentralbl. f. Gynäk.* 53 : 797, 30 March 1929).
- F. HIRSCHFELD. — Untersuchungen des Nervensystems bei 62. Fallen von Parametritis posterior. (*Thèse de Berlin* 1913).

- S. HOLZ. — Die Heilung der Parametritis posterior chronica durch automatische Kolpeuryntermassage und Fixation der Ligg. rotunda. (*Zbl. Gynäk.* 1915, Nr 26, S. 441).
- G. INGLIMA. — Ulcerous perforation of uterine artery unparametral purulent sac, case. (*Policlinico. sez. prat.* 37 : 983, 7 July 1930).
- Adolph JACOBY. — (Backache and posterior parametritis.) Kreuzschmerz. und Parametritis posterior. *Med. rec.* 1914, Vol. 86, Nr 13. Ref. *Zbl. Gynäk.* 1915, Nr 22, S. 388.
- V. JOHANNOVSKY. — Fall von paracervicale abscess mit Perforatin in das Collumgewebe. (*Prager med. Woch.* 1876, I, p. 698-701).
- E. KEHRER. — Beiträge zur Behandlung chronischer Beckenexsudate. *Zbl. Gynäk.* 1901, Nr 52, S. 1409. *Verh. dtsh. Ges. Gynäk.* Innsbruck 1922. *Arch. Gynäk.* 1922, Bd 117, S. 341 ; Zur Reform der gyn. op. und konservativen Indikationen. Ebenda S. 37.
- Zur Würdigung der Parametritis posterior chronica. (*Munchener med. Woch.* 76, 1929, 17 et 24 mai, p. 826).
- KELLER. — Aussprache zum Vortrag Broese Ref. *Zbl. Gynäk.* 1901, Nr 26, S. 769.
- R. KELLER. — Paramétrites suppurées à évolution particulière. (*Gynécologie XXVI*, 1927, juillet, p. 387).
- H. KENGyel. — Ueber eine bedeutsame Komplikation bei parametranen Lymphangiektasien mit Uterusmyom. (*Virchow's arch. f. Path. Anat.*, CCLXX, 1928, p. 86).
- Julius KREBBS. — Zur Operation der Parametritis posterior. (*Mschr. Geburtsh.* 1925, Bd 69, S. 130).
- N. KRUPENIKOFF. — Von den Bahnen der Verbreitung puerperaler parametritis. (*Zentralb. f. Gynakol.* Leipzig 1925, XLIX, p. 765).

- O. KUSTNER. — Veits Handb. Gynäk. 1907, Bd 1, S. 81.
- LE QUEMENT. — Aspiration cervico-utérine dans le traitement des métrites. (*Thèse de Lyon*, 1929).
- LITTAUER. — Diskussionsbemerkung zum Vortrage Gräfe. Ref. *Zbl. Gynäk.* 1909, Bd 5, S. 182.
- LOCKE. — Rectal ulcers as a complication of parametritis posterior. (*New-York Med. Journ.* 1893, Bd 57, S. 355).
- LOUROS. — Zur operativen Behandlung der sog. Parametritis posterior. (*Zbl. Gynäk.* 1927, Nr 49, S. 3109).
- LUBESMEYER. — Ueber Therapie und Prognose bei Parametritis chronica atrophicans. Strasburg 1893.
- MANSFELD. — Verb. dtsch. Ges. Gynäk. Innsbruck 1922. (*Arch. Gynäk.* 1922, Bd 117, S. 341).
- Ed. MARTIN. — Parametritis posterior in « Die Erkrankungen des Beckenbindegewebes ». Halban-Seitz : Biologie und Pathologie des Weibes. 1926, Bd 5, Teil 1, S. 615.
- Aug. MAYER. — Ueber Parametritis und Paravaginitis posterior mit heterotoper Epithelwucherung (Adenomyositis uteri et rect.). (*Mschr. Geburtsh.* Bd 42, S. 403).
- A. W. MEYER. — Abscess in Douglas culdesac of appendiceal origin causing extensive parametrial infiltration. (*Zentralbl. f. chir.*, 57, 643, 15 march 1930).
- Rob. MEYER. — Parametritis und Paravaginitis posterior mit heterotoper Epithelwucherung. Ges. Geburtsh. u. Gynäk. Berlin, mai 1909. Ref. *Zbl. Gynäk.* 1909, Nr 46, S. 1599 u. Orig. *Zbl. Gynäk.* 1909, Nr 26, S. 907.
- V. MICHAILOV. — Recurrence of uterine cancer and parametritis after operation. (*Vrach. Gaz.* 31, 1804, décembre 31, 1927).
- A. MULLER. — Parametritis posterior, eine Darmerkrankung. (*Zbl. Gynäk.* 1902, Nr 9, S. 233).

H. MOLIN et F. CONDAMIN. — De la section des ligaments utéro-sacrés en chirurgie gynécologique. (*Lyon Médical*, N° 26, 30 juin 1920, p. 805).

— A propos de la section des ligaments utéro-sacrés. (*Lyon Médical*, N° 51, 22 décembre 1929, p. 749).

G. MONTEL. — Cervicite chronique et cancer du col. (Traitement local de la cervicite chronique). (*Thèse Lyon*, 1928).

G. M. NARDI. — Parametrite e psoite. (*Gazz. d. osped. Milano* 1921, XLII, p. 602).

NIEBERDING. — Ueber die Parametritis posterior und ihre Folgezustände. *Vern. d. gyn. Sect. d. 58. Vers. dtsch. Naturf. u. Aerzte Strasburg. Ref. Zbl. Gynäk.* 1885, Nr 41, S. 643.

OPITZ. — Zur Bewertung des Schmerzes bei Frauenleiden. *Z. Geburtsh* 1920, Bd 82, S. 9 ; Die Uebererregbarkeit der glatten Muskulatur der weiblichen Geschlechtsorgane. *Zbl. Gynäk.* 1922. Nr 40, S. 1504.

L. POULIOT. — Essai de classification et de thérapeutique des cellulites pelviennes génitales chez la femme. (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, oct. 1930, N° 10, p. 628).

H. QUINCIEU. — Contribution à l'étude de quelques indications de la kinésithérapie gynécologique. (*La Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 10-25 janvier 1925).

D. RAISZ. — Epinephrine ether oil anesthesia in posterior parametritis. (*Orvosi hetil.* 73 : 301, March 30, 1929).

V. ROSTHORN, R. FREUND. — Die Krankheiten des Beckenbindengewebes. *Veits Handb. Gynäk.* 1910, Bd 5, S. 335.

RUBESKA. — Zur Frage der Parametritis posterior spastica. (*Zbl. Gynäk.* 1925, Nr 2, S. 104).

- E. SACHS. — Zur Differentialdiagnose der Blinddarm- und der Eierstockentzündung (Bauchdeckenschmerz und Parametritis posterior). *Ther. Gegenw.* 1925, Jg. 66, S. 353. Ref. *Ber. Gynäk.* 1925, Bd 8, S. 897.
- SCHAEFFER. — Aüssprache zum Vortrag Freund über Hysterie. Ref. *Zbl. Gynäk.* 1903, Nr 5, S. 149.
- L. SCHILL. — Quelques cas de paramétrites. (*Paris Médical*, 2 : 559, 21 décembre 1929).
- B. S. SCHULTZE. — Ueber die pathologische Antelexion der Gebärmutter und die Parametritis posterior. (*Arch. Gynäk.* 1876, Bd 8, S. 150).
- H. SIEDENTOFF. — Klinische Erfahrungen mit der Röntgenschwachbestrahlung bei gynakologischen Entzündungen. (*Strahlentherapie* 33 : 637, 1929).
- SKUTSCH. — Diskussionsbemerkung zum Vortrag Littauer. Ref. *Zbl. Gynäk.* 1909, Nr 5, S. 183.
- STAPPER. — Cellulite abdomino-pelvienne, paramétrisme. (*Atti del XI Congr. medico-internaz.* 1894, Roma 1895, V. otetricia, p. 209).
- V. SWIECICKI. — Zur Genese und Aetiologie der Parametritis. (*Munchener mediz. Woch.* 1894, XLI, p. 122).
- THALER. — Verh. dtsch. Ges. Gynäk. Innsbruck 1922. (*Archiv. Gynäk.* 1922, Bd 117, S. 341).
- E. VILLARD. — La paramérite douloureuse d'origine cervicale. (*Rev. française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 25 : 225, avril 1930).
- Aza VITAL. — Parametritis posterior. (*Rev. espan. Obstetr.* 1923, Jg 8, S. 433. Ref. *Ber. Gynäk.* 1924, Bd 4, S. 258).
- G. A. WAGNER. — Zur Behandlung des Kreuzeschmerzes. Verh. dtsch. Ges. Gynäk. Innsbruck 1922. (*Arch. Gynäk.* 1922, Bd 117, S. 339).
- H. WARNER. — Rôle in kidney diseases : 9 cases. (*Deutsche Ztschr. f. chir.* 206 : 350, 1927).

- WINAWER. — Parametritis posterior und ihre Behandlung durch Thure-Brandts-Methode (Massage) (russisch). (*Gaz. Ick. Warszawa* 1889, Bd 9, S. 318).
- ZIEGENSPECK. — Verh. dtsch. Ges. Gynäk. Giessen 1901, Bd 9, S. 601 ; Ueber normale und pathologische Anheftung der Gebärmutter und ihre Beziehungen zu deren wichtigsten Lageveränderungen. *Arch. Gynäk.* 1887, Bd 31, S. 1 ; Parametritis chronica und Lageveränderungen des Uterus. Gynäk. Kongr. Halle 1913. Ref. *Zbl. Gynäk.* 1913, Bd 2, S. 284.
- S. J. ZOLOTAREFF. — Treat. of acute and chronic parametritis. (*Vrach. Gaz.* 34 : 611, 30 avril 1930).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	13
HISTORIQUE.	15
Pathogénie. — Etiologie.	19
Anatomie pathologique	35
Etude clinique	57
Traitement.	67
OBSERVATIONS.	73
CONCLUSIONS.	95
BIBLIOGRAPHIE.	97



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON ;

LYON



